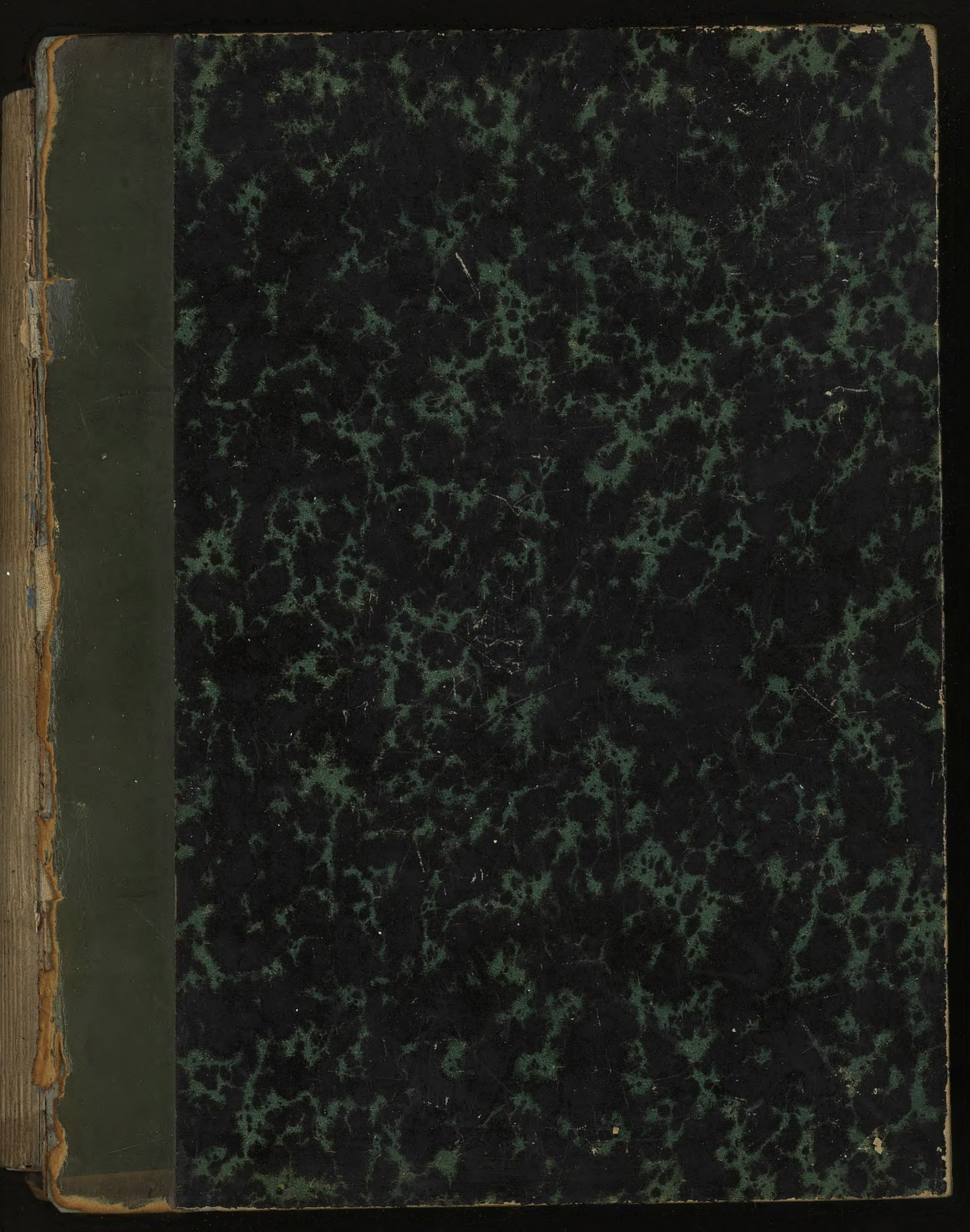
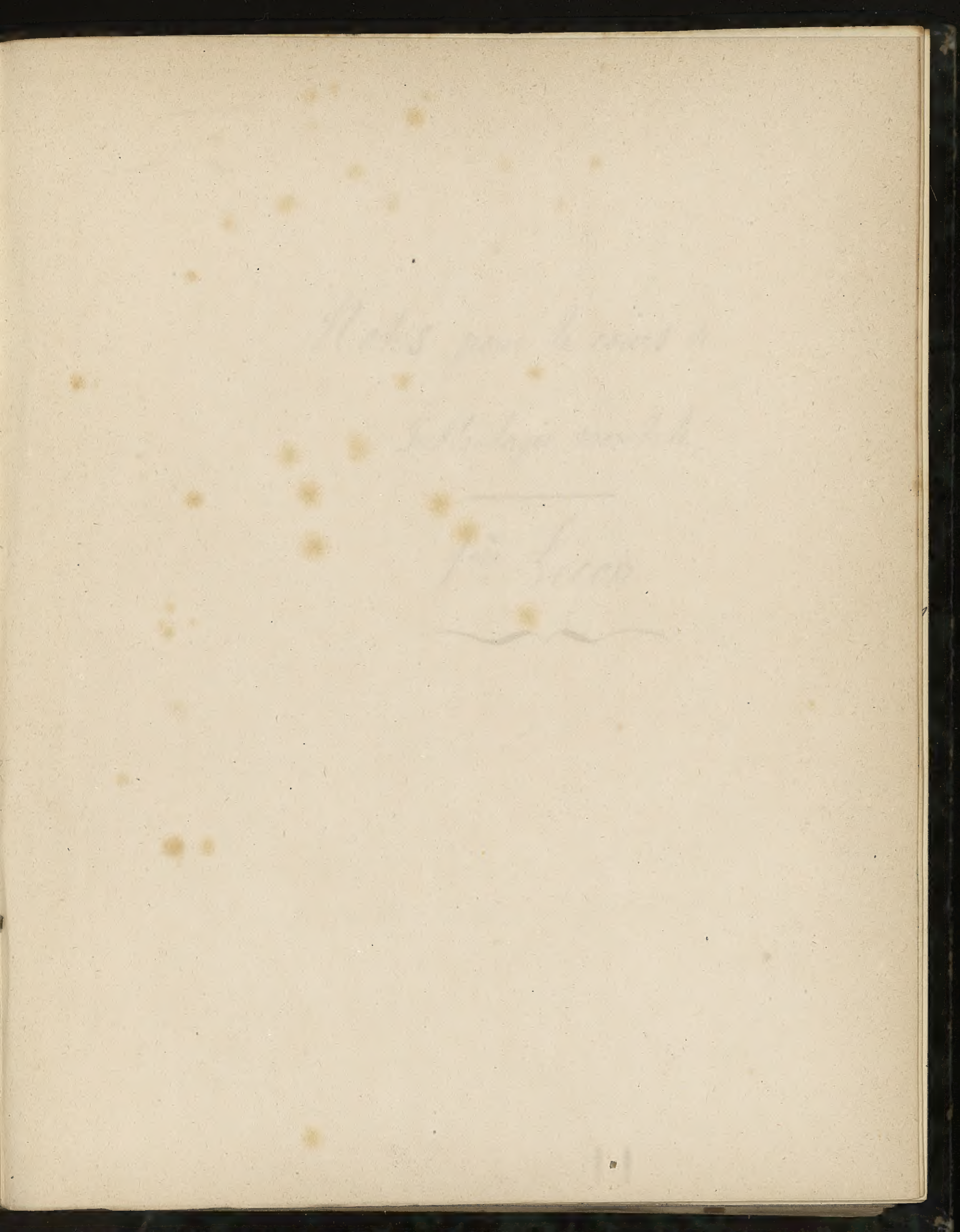


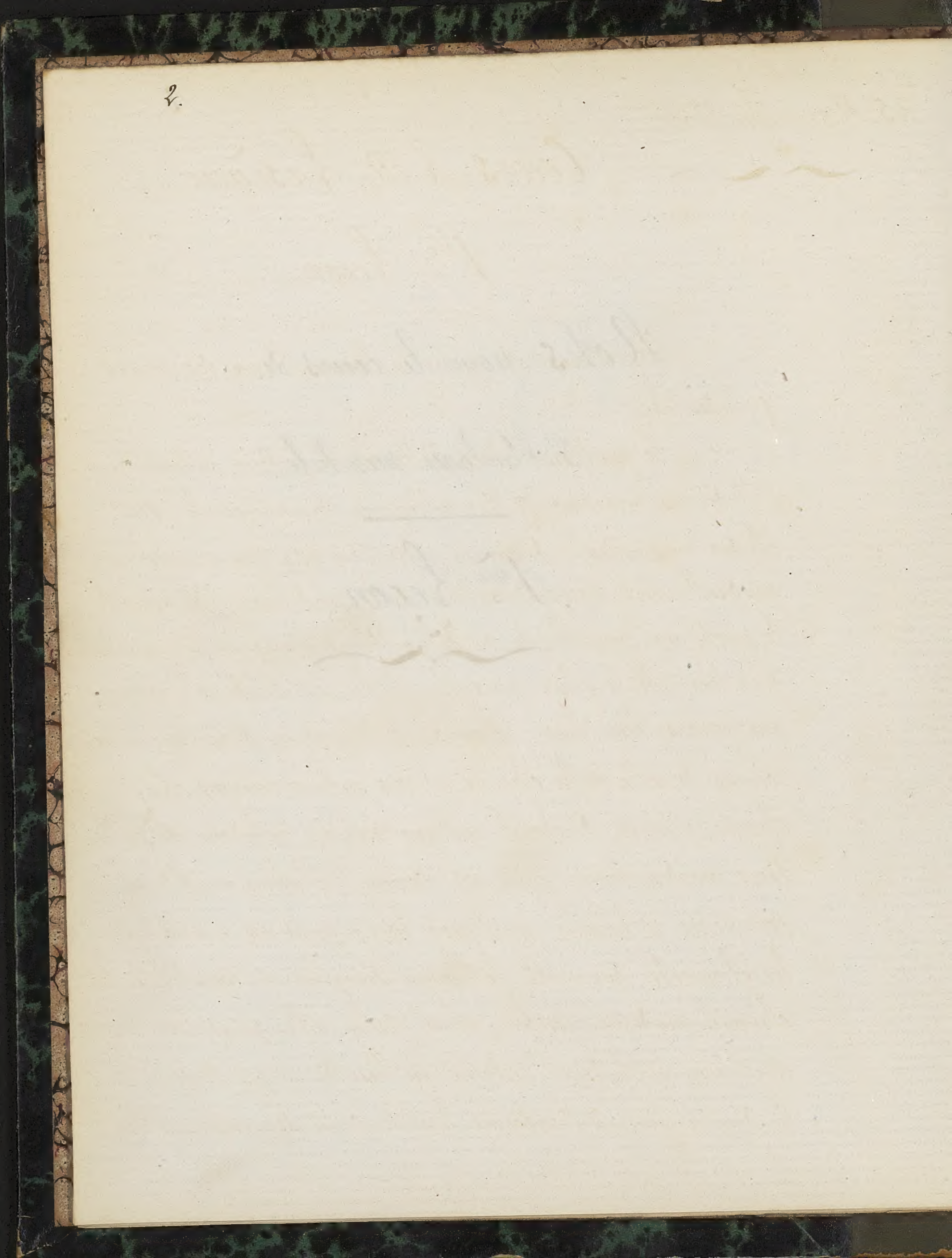






Notes pour le cours de Pathologie mentale.

1ère Leçon.



25 Novembre 1864.

Cours de M. Lasègue.

1ère Leçon.

Remerciements pour la bienveillance des années précédentes.

Le problème était délicat ; il fallait introduire l'étude des désordres de l'intelligence dans le cercle des études médicales ordinaires. Or, ceci n'a pu arriver que graduellement dans l'histoire de la médecine. J'ai accepté le problème dans toute sa difficulté et j'ai pris les questions par leur coté le plus général. Votre assiduité m'a prouvé que j'avais bien fait. Il en est de l'histoire de la médecine comme de celle de la chimie et des autres sciences. La chimie n'était d'abord qu'une réunion informe de faits sans coordination : puis est venue l'alchimie. On a commencé à trouver quelques lois ; puis on a analysé les éléments, découvert les corps simples et constitué la chimie moderne ; enfin, on a voulu aller plus loin encore et arriver à étudier l'atome au lieu du corps simple, c'est-à-dire arriver à l'extrême limite de la décomposition

moléculaire.

Les autres sciences ont suivi la même marche progressive. La botanique est arrivée plus rapidement à formuler des espèces et des groupes naturels, mais enfin la physiologie végétale a succédé à la simple description botanique et là aussi on est arrivé à la cellule.

En médecine, on a suivi la même progression. Débutant par les formules des temples grecs, on a parcouru diverses phases pour arriver à la nosographie naturelle des maladies; puis, au physiologisme, à l'étude des lésions; enfin, en dernière analyse, à la lésion élémentaire, c'est-à-dire à la cellule. Mais, malgré cette évolution progressive, on a rarement osé aborder le terrain des lésions de l'intelligence. Les médecins les ont abandonnées à d'autres et les ont laissées en dehors de leur domaine. Les faiseurs de systèmes extrêmes commencent par écarter en général les choses les plus difficiles et s'exercent ordinairement sur les faits les plus simples

Les élèves seuls et les successeurs

exagérant la doctrine des maîtres cherchent à en faire l'application, même aux cas les plus difficiles laissés d'abord en dehors de son action. C'est ainsi seulement que la médecine mentale a pu quelquefois être embrassée accidentellement dans l'ensemble des doctrines médicales. Mais, en général, elle a été laissée en dehors et a été cultivée séparément; mais elle aussi a obéi à une loi de développement particulière.

Pour comprendre cette loi, on est bien obligé de sortir du cercle et du langage auquel on est habitué dans cette enceinte. C'est là une anomalie qui a ses dangers; mais elle est inévitable et il faut bien la subir.

Je vais donc vous parler de l'aliéné au point de vue social, puisqu'en somme on ne peut pas éviter cette relation entre l'aliéné et la société.

Sans remonter jusqu'aux âges héroïques, l'esclavage existait dans l'antiquité; l'aliéné était traité comme l'esclave et plus mal encore. Il était impossible qu'il en fut autrement. Arrive le christianisme. L'esclave est émancipé, mais l'aliéné ne l'est pas. Il est plus mal traité que le serf. La charité qui s'exerce envers tous les malheureux

n'arrive pas jusqu'à lui ; il est relégué dans les coins les plus obscurs et les plus reculés des prisons et son asile est tout au plus une annexe de celui des prisonniers, s'ils ne sont pas entièrement confondus. Les couvents eux-mêmes qui ont place pour toutes les infortunes, qui reçoivent les lépreux et les malades atteints de maladies contagieuses, ne s'occupent pas des aliénés qui sont ainsi les plus misérables de tous les malheureux. Une idée générale en effet s'opposait à ce qu'ils fussent considérés comme des malades ; c'était l'idée de culpabilité, de punition divine, de réprobation ; ils étaient des réprouvés, c'est pourquoi on les repoussait. Arrive enfin la révolution comme une marée montante qui détruit tout. La charité devient une fraternité. Ce qui était une aumône, un acte de munificence, devient le droit d'un frère vis-à-vis d'un frère et le peuple qui d'un côté prend la Bastille va de l'autre ouvrir les portes de Bicêtre, devançant ainsi l'oeuvre de Pinel qui ne fit que subir l'impulsion au lieu de la donner. La réforme était faite dans

l'esprit public avant de l'être dans les faits. Les successeurs de Pinel ont réalisé de grandes choses, mais ils n'ont fait que suivre l'impulsion de leur époque et ne l'ont pas devancée. De grands progrès se sont accomplis pour les aliénés dans le courant de ce siècle; les aliénés ont été traités comme des hommes et comme des hommes malades; on leur a ouvert des asiles dont l'aspect extérieur a été rendu aussi attrayant que possible; on a doré les barreaux de leur volière, mais tout en leur enlevant les chaînes, en leur donnant un certain degré de liberté, on ne les a pas encore aussi bien traités que les autres hommes. On a fait pour eux de la philanthropie comme pour les prisonniers, mais pas davantage. De la devise de la révolution: liberté, égalité, fraternité, la société n'avait conservé que le premier mot et avait remplacé les deux autres par le mot ordre public. La même chose a eu lieu pour les aliénés. On les traita avec tous les égards dus à l'homme malade, mais on tenait avant tout à protéger la société contre leurs écarts. On leur a donné dans l'intérieur des asiles tous les avantages dont ils étaient susceptibles, mais à la condition

de les maintenir séquestrés pour protéger la société contre leur atteinte.

Peu à peu, sous l'empire de cette direction administrative, de nombreux asiles ont été fondés; les médecins se sont faits administrateurs; ils ont rédigé des budgets, tracé des plans; ils ont dirigé des exploitations agricoles; ils ont promis de grands avantages aux départements; ils se sont transformés, en un mot, conformément à la direction générale de l'époque; ils ont fait de moins en moins de médecine et ils sont arrivés à se persuader que cet ordre administratif était le meilleur traitement. Nous sommes arrivés aujourd'hui à cette période de stagnation et de statu quo. On nous a transformé les aliénés. On en a fait un peuple mouton discipliné et facile à diriger comme le soldat dans sa caserne. On nous l'a représenté au coin du foyer, caressant les enfants, présidant aux détails du ménage, prenant part aux douceurs du foyer, en un mot comme l'être le meilleur et le plus facile à vivre. Les médecins aliénistes administrateurs

nous ont fait ce portrait type de l'aliéné. Eh bien, on se sert maintenant de ce type de fantaisie qu'ils ont créé pour le retourner contre eux et le leur jeter à la face. Si l'aliéné est si facile à vivre, dit-on, et si peu dangereux; s'il joue des pièces de théâtre, s'il compose des journaux qu'il imprime lui-même, s'il travaille à la terre avec ardeur, s'il peut se rendre utile, s'il peut jouir de la vie de famille et de société, pourquoi donc ne pas le rendre à cette vie de famille et de société dont il se montre digne? Pourquoi dépenser inutilement tant d'argent pour lui faire des asiles somptueux? Pourquoi le priver lui-même de cette liberté à laquelle il tient tant? Si la séquestration n'est pas une nécessité sociale, elle cesse par cela même d'être un droit, et la liberté individuelle de l'aliéné reprend tout son empire! Voilà ce que disent aujourd'hui les gens du monde et les journalistes s'emparant du thème favori des médecins aliénistes et le retournant contre eux! Car il est dans la nature de l'homme que lorsqu'il est sur une pente, quelque douce et quelque inclinée qu'elle soit, il est fatalement entraîné à la descendre jusqu'en bas. De là la nouvelle croisade à laquelle

nous assistons depuis quelques années; qui a ses séides, ses fervents et ses grands prêtres et dont la marée monte chaque jour au point de menacer d'engloutir tout le système actuel de nos asiles, sous son flot dévastateur, succédant ainsi à la période de stagnation et de calme plat dans laquelle nous nous trouvons actuellement! Eh bien, non! On ne saurait trop le redire! Là n'est pas le progrès! L'aliéné qui sert de type et sur lequel on s'appuie pour prêcher cette guerre sainte est un aliéné de convention, tel que l'on fait et fabriqué de toutes pièces les aliénistes administrateurs et ce n'est pas là l'aliéné véritable tel que la nature nous le montre lorsqu'il est en liberté. On ne saurait trop le redire, l'aliéné est un être inférieur intellectuellement et moralement, un être dangereux et malfaisant, placé hors la loi intellectuelle et hors la loi morale et qu'on ne peut sans danger laisser en liberté dans la société! Il tue, il vole, il incendie, il trouble l'ordre; on doit le séparer du monde pour

l'empêcher de nuire : c'est un droit et c'est un devoir ! La loi de 1838 est une loi bienfaisante, un chef d'œuvre qu'il faut défendre et non une loi inique qu'il faut attaquer. Ceux qui l'attaquent le font par ignorance des aliénés et des nécessités sociales. On ne peut citer en France aucun exemple d'abus provenant de cette loi et de son application ; elle a produit de grands bienfaits et n'a pas donné lieu aux abus qu'on lui attribue.

Mais si la société, dans ses rapports avec les aliénés, a parcouru les phases diverses que nous venons d'esquisser rapidement, la médecine mentale elle-même a eu à subir bien des entraînements et a parcouru bien des étapes avant d'arriver au point où nous la voyons aujourd'hui.

Dans la médecine ordinaire il est arrivé fréquemment que les sciences accessoires ont cherché à dominer la médecine.

L'iatromécanisme, la médecine chimique et mécanique sont la preuve de l'introduction des sciences physiques dans le domaine médical. D'autres fois ce sont les naturalistes qui ont exercé leur influence,

puis les anatomistes et enfin les physiologistes.
Il a toujours semblé, ainsi qu'on l'a répété si souvent, qu'il fallait d'abord bien connaître les rouages du mécanisme de l'homme normal pour pouvoir en étudier, en comprendre et en traiter les désordres dans l'état de maladie. Aussi la physiologie a-t-elle eu et a-t-elle encore la prétention de gouverner la médecine. Mais au moins dans ce cas c'est à l'aide de quelques aphorismes très-simples et très-peu nombreux que les physiologistes ont prétendu expliquer et comprendre le mécanisme si compliqué de l'évolution des maladies. Mais au moins les physiologistes étaient assez rapprochés des médecins pour parler leur langue, adopter leurs méthodes, se conformer à leurs habitudes; par conséquent, il y avait entre les deux sciences un échange naturel de notions et de variétés qui pouvaient profiter à l'une et à l'autre. Elles étaient comme deux sœurs se prêtant un mutuel appui sur le même domaine et dans la même maison. Mais il n'en a pas été de même de la médecine mentale. Ici, le

domaine de l'intelligence complètement abandonné par les médecins devint la proie de gens tout à fait étrangers aux études médicales. C'est qu'en effet plusieurs catégories d'individus pouvaient avoir des prétentions sur ce domaine si vaste de l'intelligence humaine. Les philosophes, les moralistes, les magistrats, se sont tour à tour exercé sur ce terrain qui semblait leur appartenir et y ont apporté leurs tendances habituelles, leurs méthodes et leurs procédés. Ils ont vu dans les aliénés des hommes qui se trompent; ils ont cherché à expliquer la succession de leurs erreurs d'après les mêmes lois qui président à l'évolution des idées de l'homme à l'état normal, et ils ont prétendu également les redresser par les procédés de la logique et de la morale. Ils ont raisonné pour combattre l'erreur; ils ont puni pour redresser la volonté. Delà est né le traitement moral de la folie. Il n'y a pas plus de 25 ans il s'est rencontré un homme, un médecin, qui s'est lancé dans cette voie avec toute l'ardeur d'une conviction vraie, avec l'apreté et la persévérance de son caractère naturel et d'une volonté qu'aucun obstacle ne rebutait et

qu'aucune résistance ne lassait. C'était Leuret.
Il consacra tout ce qu'il avait d'énergie à lutter contre les idées fausses des aliénés, à les combattre par tous les moyens, par la menace, par l'intimi=
=dation, par la violence ; il dépensa à cette oeuvre, à laquelle il croyait avec une ardente conviction, tout ce que la force humaine peut accumuler de ressources et d'énergie jusqu'à ce que la maladie eut enfin brisé cette constitution énergique et l'eut obligé d'abandonner la lutte dans laquelle il prétendait convaincre les aliénés au même degré qu'il l'était lui-même. L'homme disparu, tout ne tarda pas à rentrer dans l'ordre accoutumé et l'on s'aperçut alors qu'il n'avait remué les esprits malades qu'à la surface, qu'il n'avait rien ébranlé des racines de leurs convictions maladives qui ne tardèrent pas à reparaître dans toute leur force et avec tous leurs épa=
=nouissements aussitôt que cette intervention étrangère eut cessé de peser sur elles. Telle fut l'expérience malheureuse faite il y a une vingtaine d'années par un médecin intelligent et convaincu,

entraîné à son insu en dehors de la voie médicale, dans le mouvement philosophique de son époque. C'est que la philosophie, en pénétrant sur le domaine de la médecine mentale, y est entrée en maîtresse absolue et comme sur un terrain qui lui appartenait. Elle n'y est pas entrée en suppliante ou en subordonnée, mais en conquérante et elle a imposé sa méthode et ses lois. Or, le philosophe qui observe le mécanisme de l'homme normal a à sa disposition une méthode qui se prête merveilleusement au but qu'il se propose et qui, entre les mains d'hommes de génie et pleins de ressources, a produit de merveilleux résultats. Le philosophe s'observe lui-même dans le silence du cabinet. Il épie avec la plus scrupuleuse attention tous les phénomènes que la conscience intime lui retrace dans leur évolution naturelle et il arrive ainsi à surprendre les mouvements les plus cachés de l'âme humaine. Il conclut ainsi de sa propre observation à celle d'autrui et tant qu'il se tient dans les généralités des lois qui président à l'évolution des idées et au développement des facultés humaines, il reste dans le vrai et peut conclure ainsi avec une

grande vérité du particulier au général. Mais ce n'est là que la connaissance de l'homme intérieur, de l'homme en repos; ce n'est pas là l'homme en action, l'homme en société. Le moraliste va plus loin. Il ne se borne pas à cette contemplation passive où l'homme intérieur est à la fois l'acteur et le témoin : il veut dicter des lois pour la conduite, diriger les facultés vers le vrai et la volonté vers le bien. C'est là un pas de plus vers la vie pratique.

Les moralistes et les magistrats ont dû se croire encore plus que les philosophes aptes à connaître et à diriger les aliénés; mais voyant une erreur et une faute là où il y a une maladie dont l'aliéné n'est pas responsable, ils encore engagé la médecine dans une voie fausse où malheureusement elle a marché à leur suite. Pour se convaincre de cette influence prédominante des philosophes et des moralistes dans la médecine mentale, il suffit de relire Pinel et les ouvrages de tous ses successeurs. Il n'est pas une seule préface de tous ces livres où

l'on ne retrouve cette pensée première qu'il faut commencer par connaître l'homme normal avant d'étudier les perturbations pathologiques. La philosophie a dirigé tous les travaux des médecins aliénistes depuis le commencement de ce siècle. Eh bien, il faut changer tout cela. C'est une voie fausse, une impasse qui ne peut conduire qu'à l'erreur et dont il faut sortir à tout prix. J'en parle pour ma part avec d'autant plus de conviction que j'y suis moi-même entré dans cette voie à pleines voiles et que j'ai été forcé de l'abandonner. J'en parle avec toute l'ardeur d'un renégat. Il me semble être encore à l'époque où j'entrai pour la première fois dans cette étude avec toute la vivacité de conviction d'un néophyte. Plein d'admiration pour les procédés merveilleux inventés par les logiciens de tous les temps pour rendre compte de la succession et du développement des idées, dans l'intelligence à l'état normal, j'arrivai au milieu des aliénés que je voyais pour la première fois avec la persuasion intime que je retrouverais une ample occasion d'appliquer sur ce terrain nouveau mes connaissances antérieures

et bien décidé à suivre l'évolution des idées maladives d'après l'enchaînement naturel des idées chez l'homme sain d'esprit. Que d'efforts j'ai consacré à cette tâche ingrate! Je me vois encore aux prises avec un aliéné pendant des heures entières, cherchant à surprendre chez lui les lois du mécanisme compliqué de la génération de ses idées. Vain labeur, inutile tentative! Après bien des essais infructueux, je fus obligé d'y renoncer et de reconnaître que la maladie, ou en d'autres termes, l'altération survenue dans les organes servant d'instrument à la manifestation de la pensée, avait suffi pour déranger, dans sa totalité, un mécanisme aussi compliqué et pour modifier toutes les lois qui présidaient à son évolution normale. Je m'aperçus que le mécanisme pouvait bien avoir conservé plusieurs de ses rouages secondaires, mais que le moteur donnant la première impulsion et qui met tout en mouvement était changé, et que partant toutes les conséquences de ce premier mouvement devenaient différentes. Au

lieu de voir une idée provenant d'une autre idée par voie de génération logique, on voit la maladie produire tout à coup une fermentation générale d'idées, où tout est pêle mêle et confondu et l'on voit surgir tout à coup de ce chaos une idée maîtresse qui vient on ne sait d'où, qui s'impose à l'esprit malgré lui, s'établit en lui comme pouvoir dominateur et ne peut être chassée dorénavant ni par le raisonnement du malade, ni par l'influence des personnes qui l'entourent. La maladie est ici toute puissante. Elle impose ses lois et ne subit pas celles de l'intelligence au sein de laquelle elle a élu domicile. Elle bouleverse tout autour d'elle, ne laisse subsister que certaines parties isolées de l'homme mutilé et poursuit librement son évolution particulière. C'est comme un monde nouveau qui a ses lois particulières, ses procédés et ses exigences. Il faut donc étudier directement, cliniquement, comme un médecin étudie les autres maladies. Il faut lui appliquer les mêmes procédés, la même méthode avec la diversité qu'entraîne naturellement la différence des objets de l'observation, mais il faut avant tout être médecin et ne pas

emprunter à la philosophie sa méthode et
ses lois qui n'ont plus ici leur application.
La philosophie ne doit pas certainement être
complètement bannie du domaine de la médecine
mentale, mais elle doit y conserver un rang secondaire.
Les services qu'elle peut rendre sont encore grands
si l'on envisage l'étude curieuse et attrayante du
mécanisme de l'évolution des délires, mais ils
sont petits si l'on reste placé au point de vue
de l'interprétation de l'origine des phénomènes
observés, de leur raison d'être et du pourquoi
de leur génération, ainsi qu'au point de vue de
l'application pratique. Aussi devons nous ici
rester avant tout et pardessus tout médecin
et c'est à ce point de vue exclusivement médical
que sera conçu et dirigé tout cet enseignement.

19 Avril 1865.

1ère Leçon

du Cours,

faite le 25 Avril 1865.

Au lieu de faire l'historique depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, il vaut mieux prendre l'historique de la médecine mentale française depuis le commencement de ce siècle, au double point de vue de la philanthropie et de la science et grouper cet historique autour des deux noms de Pinel et d'Esquirol. Montrer leurs tendances philosophiques et pratiques. Entrer dans quelques détails sur les principes qu'ils ont proclamés et imprimés à leurs successeurs. Faire ensuite l'histoire des générations qui ont suivi: montrer que tandis que Pinel et Esquirol niaient l'importance des lésions anatomiques dans la folie, un courant contraire s'établissait à la Salpêtrière parmi leurs élèves les plus jeunes et les plus

ardents. Mr. Rostan professait à la Salpétrière l'anatomie pathologique; Mr. Calmeil, Georget, mon père et d'autres examinaient sous sa direction les cerveaux des aliénés. C'est sous cette impulsion nouvelle qu'est née la paralysie générale qui devait ouvrir une ère nouvelle dans la médecine mentale.

Pinel a subi l'influence de la philosophie de son époque; il a importé Locke et Condillac dans la médecine mentale et ses écrits contiennent en germe les idées psychologiques qui se sont développées depuis chez ses successeurs. Il semblait que la science consistait à rechercher les lésions de facultés dans la folie et à classer les phénomènes d'après les facultés lésées; mais ceci est antipratique et contraire à ce que l'observation enseigne.

La psychologie n'est pas une mauvaise chose en soi; elle a son utilité et son application, mais elle ne doit pas dominer.

Pinel par sa tendance physiologique a donné naissance au traitement moral dont

leur a été le développement naturel. Il a basé le traitement sur les données empruntées à la physiologie et a cru combattre l'idée par l'idée et le sentiment par le sentiment, c'est là la théorie des gens du monde importée dans la médecine. Pinel et Esquirol ont proclamé l'isolement comme moyen thérapeutique héroïque. Ils ont nié les lésions anatomiques dans la folie. Ils ont nié les folies sympathiques et sont essentiellement cérébristes. Ils ont traité de l'aliéné en général, au lieu de tenir compte des formes diverses; ils ont cru l'aliéné aussi divers que les individus. C'est la théorie de l'individu identique avec un milieu différent.

20 Avril 1865.

Viser à faire un cours élémentaire et qui puisse en quelque sorte être noté par écrit.

Ne développer dans chaque leçon qu'un petit nombre d'idées afin que l'on sorte du cours avec quelques notions simples qui restent dans l'esprit.

Éviter de faire trop de généralités : notre science les appelle malheureusement trop; il faut

les redouter. Plus tard, lorsqu'on aura fait la situation, on pourra se les permettre; mais aujourd'hui, il faut viser à se rendre l'opinion favorable et passer pour un esprit positif. Pour cela, il faut entrer directement dans l'étude des symptômes et décrire nettement des états et des formes, en passant en revue en 16 leçons presque tous les points de la pathologie mentale, insistant surtout sur les cotés pratiques du sujet.

On peut faire une première leçon de généralités, mais il ne faut pas en faire une course au clocher: vouloir y réunir trop d'idées, c'est s'exposer à ce qu'on n'en retienne aucune. Il faut éviter de commencer par l'antiquité pour arriver jusqu'à nos jours: on serait exposé ainsi à commencer par l'histoire des temples grecs et par toutes les banalités qui se répètent tous les jours en pareil cas. Il faut se limiter à l'histoire de la médecine mentale française depuis Pinel jusqu'à nos jours au point de vue de la science et des asiles, en faisant la part de chacun des successeurs et en prenant la paralysie générale

comme point de départ d'un nouveau mouvement scientifique plus pathologique et plus médical que physiologique.

20 Avril 1865.

Plan à suivre.

Messieurs,

Mon but est de faire un enseignement élémentaire qui puisse rendre quelques services aux médecins dans la pratique. On dit que la spécialité des maladies mentales est trop distincte pour pouvoir être étudiée facilement en peu de temps et que les occasions de faire l'application de cette étude sont trop rares pour que les élèves se donnent la peine d'entreprendre un travail aussi pénible. Mais si cette partie de la science paraît inabordable avec les procédés de la médecine ordinaire, c'est que le plus souvent on s'y livre à des discussions psychologiques, souvent oiseuses et qui détournent l'attention de la véritable étude clinique de ces maladies auxquelles sont applicables en réalité toutes les méthodes

de la pathologie ordinaire. Et si l'on s'imagine que l'on ne rencontrera pas dans la pratique de cas où cette connaissance sera utile, c'est parceque l'on ne se rend pas bien compte des circonstances qui peuvent se présenter et parceque l'on ne saisit pas les liens intimes qui unissent la pathologie mentale à la pathologie ordinaire. Tous les efforts des spécialistes depuis plus d'un demi-siècle ont tendu à creuser un abîme entre la médecine générale et la médecine spéciale. Nos efforts aujourd'hui doivent tendre à les rapprocher et à faire sentir les liens qui les unissent et les points de contact nombreux qui existent entre ces deux ordres d'affections nerveuses. Combien d'affections générales aiguës qui donnent lieu à du délire et combien il importe souvent au praticien de savoir si ce délire sera passager ou deviendra chronique? Ceci se présente à chaque instant à la suite de la fièvre typhoïde, ou d'autres pyrexies, à la suite de couches etc. L'étude que l'on ferait des caractères du délire et la recherche que l'on pourrait faire des

antécédents héréditaires pourrait fournir les moyens de discerner si l'on a affaire à une folie commençante ou bien à un simple délire aigu et empêcher ainsi l'envoi du malade dans un asile d'aliénés avec toutes les conséquences fâcheuses qui résultent pour l'avenir de ce placement trop précipité et inutile, surtout pour des jeunes filles en vue d'un mariage à venir et pour les enfants d'une personne que l'on place sans utilité et dont le placement rejaillit plus tard sur l'avenir de la famille. Un autre côté très-important de la pathologie mentale pour les médecins praticiens, ce sont les rapports des maladies mentales avec les maladies nerveuses. Combien de malades que l'on voit dans sa pratique avec des maladies nerveuses telles que l'hystérie, l'épilepsie, les névroses protéiformes, la catalepsie, le somnambulisme, présentent des troubles intellectuels qui alternent avec les troubles nerveux et dont le médecin a besoin de connaître la signification et la valeur? Comme l'a dit très-bien Mr. le Dr. Morel et comme beaucoup de

médecins l'ont observé avant lui, les maladies nerveuses sont souvent le véritable sol sur lequel se développent et prennent racine les maladies mentales, soit de l'individu lui-même, soit de ses descendants. Or, pouvoir saisir cette filiation entre les divers phénomènes nerveux est chose très-essentielle et de même que les spécialistes ont souvent le tort de ne tenir compte que des périodes ultimes auxquelles ils assistent, de même les médecins en général ont tort de ne faire attention qu'aux débuts, aux premières périodes et de ne pas suivre l'évolution de la maladie jusqu'à la fin. C'est ainsi que l'hypochondrie, d'abord simple affection nerveuse viscérale ou abdominale, accom=
=pagnée de dyspepsie, de troubles intestinaux, d'irritations, de tympanite, de troubles dans la digestion, ne tarde pas à être suivie de disposition morale triste, de préoccupation incessante de la santé, de crainte de la mort, passe ainsi peu à peu de l'hypochondrie physique à l'hypochondrie morale, à la nosomanie, et

arrive par une pente insensible jusqu'au délire de persécution, aux hallucinations de l'ouïe et au penchant au suicide d'après une généalogie du délire et une transformation que Mr Morel a eu raison de signaler.

Les maladies nerveuses sont donc un champ immense à défricher pour le médecin ordinaire comme pour le médecin spécialiste. Or, les relations entre les maladies nerveuses et mentales sont sont incessantes. Il en est de même pour les affections cérébrales. Comment serait-il possible d'étudier les maladies cérébrales sans avoir le terme de comparaison des affections mentales ? Non-seulement ces deux ordres maladies se tiennent de très-près, mais elles sont presque inséparables. Sans doute notre spécialité à sa raison d'être plus qu'aucune autre à cause des manifestations spéciales de la maladie qui exigent des procédés d'observation spéciaux et un ensemble de mesures thérapeutiques différentes; mais cependant on ne peut pas nier que les rapports sont bien intimes entre les affections cérébrales organiques et les maladies mentales. Le passage

des unes aux autres se fait souvent insensiblement et elles se confondent souvent dans le même moment chez le même individu.

Un dernier point important à connaître pour le médecin, c'est la médecine légale.

20 Avril 1865.

Il faut commencer par rechercher les principes qui ont guidé Pinel dans l'étude des maladies mentales. Ce sont :

1° Le principe philosophique ou physiologique.
Ce principe conduit à vouloir appliquer à l'étude des lésions de l'intelligence les lois qui servent à l'étude de l'homme normal, aussi bien dans le domaine des facultés intellectuelles que dans celui des facultés sentimentales et instinctives. Ceci conduit à décomposer artificiellement les états complexes tels qu'ils existent dans la nature pour se livrer à une dissection psycho=logique de cabinet, qui est à l'homme malade ce que l'anatomie du cadavre est à l'homme vivant. Ce n'est pas l'étude vraie des états

pathologiques; c'est l'étude factice des lésions considérées abstractivement. Le principe physiologique conduit à voir des nuances insensibles qui conduisent sans limite fixe de la raison à la folie et par conséquent il est très-nuisible à la médecine légale et engendre toutes les contestations dont nous sommes témoins, qui sont bien dans la nature des choses, mais qui pourraient être singulièrement diminuées par une direction différente de la science, c'est-à-dire par l'étude pathologique et nosologique des états maladifs tels qu'ils existent dans la nature vraie, c'est-à-dire dans la maladie.

Le principe conduit à admettre théoriquement autant de monomanies que de facultés lésées ou que d'idées dominantes au lieu de voir des états généraux d'expansion ou de dépression sur lesquels germent les idées particulières.

Le principe mène dans la nosologie à prendre pour base de classement les facultés lésées ou les idées dominantes, c'est-à-dire à la manie sans délire et aux monomanies innombrables que les successeurs ont admises. Il mène à examiner l'aliéné

individuellement comme un être distinct de son voisin au lieu de rechercher parmi ces malades des catégories distinctes ayant des caractères communs et une marche déterminée. Il mène au point de vue de Broussais qui voyait un individu avec ses organes et ses facultés réagissant contre un milieu extérieur variable que détermine la maladie et peut la guérir

2°. Un autre principe de Pinel et d'Esquirol a consisté à nier les lésions du cerveau chez les aliénés, tout en restant cérébriste, et à nier aussi les folies sympathiques.

3°. Le principe thérapeutique a été l'isolement et la bienveillance pour les aliénés et le traitement moral où la lutte de l'idée contre l'idée et du sentiment contre le sentiment.

4°. En Nosologie, ils ont perfectionné la classification des anciens, mais ils l'ont conservée : quelques mots sur cette classification.

Démence aiguë ; manie raisonnante ; idiotisme accidentel ; stupidité.

22 Avril 1865.

Plan de la dernière partie.

Les deux tendances exclusives anatomiques ou psychologiques, lorsqu'elles sont poursuivies isolément ont des inconvénients graves qu'il faut signaler rapidement.

1°. La tendance anatomique jusqu'à présent, ne peut conduire ni à la description, ni au classement, ni au pronostic, ni à la thérapeutique et ne peut même rendre compte des faits observés puisque les les lésions constatées à l'autopsie sont peu impor:tantes, n'existent pas dans tous les cas, sont probablement consécutives et excepté dans la paralysie générale ne peuvent être mises en rapport avec aucun des symptômes observés pendant la vie.

2°. La tendance psychologique paraît plus savante, mais elle a l'inconvénient d'importer dans une science les procédés d'une autre science ; c'est comme dans la médecine ordinaire, les sciences acces:soires qui ont la prétention de dominer la médecine. La psychologie, pour étudier des lésions isolées,

fragmente artificiellement tout ce que la maladie a réuni, détache tous les faits de son entourage, sépare ce qui est réuni, rapproche ce qui devrait être séparé : c'est procéder comme le chimiste qui voudrait étudier la chimie organique en ne tenant compte que des quatre corps élémentaires, au lieu d'étudier les corps complexes devenus à leur tour unités.

3°. On doit donc cultiver l'anatomie et la psychologie dans une certaine mesure ; il ne faut pas les repousser absolument ; elles ont leur rôle et leur raison d'être, mais il faut les placer au second rang, et il faut les subordonner à un 3e. point de vue qui est le point de vue vraiment médical ou pathologique.

Il faut étudier <u>les symptômes psychiques et physiques</u> observés chez les aliénés de la même manière que l'on étudie les symptômes dans les autres maladies, c'est-à-dire cliniquement, tels que la nature nous les donne, dans leur complexité et dans leurs rapports naturels. Il faut constater ce que disent les malades et ce qu'ils font, c'est-à-

dire quelles sont leurs paroles et leurs actes et les comparer aux paroles et aux actes d'autres aliénés analogues afin d'en faire des types ou des catégories se rapprochant par des caractères communs.

Pour les symptômes psychiques, il faut étudier les états complexes tels qu'ils se présentent dans la nature, par exemple l'état de dépression ou d'exaltation, et non chercher à étudier abstractivement les lésions isolées de facultés qui peuvent se rencontrer au milieu de ces états complexes.

Pour les symptômes physiques, il faut les étudier parallèlement avec les symptômes psychiques et les rapprocher par groupes.

En parlant des symptômes physiques, afin de donner de suite des exemples compréhensibles et saisissables, il faut faire une digression sur l'école somatique allemande et emprunter à Griesinger ses principales subdivisions; savoir: 1° troubles divers de la sensibilité; 2° troubles de la motilité; 3° maladies des diverses parties de l'organisme pouvant donner lieu à des troubles intellectuels chroniques; savoir: hystérie, hypochondrie, épilepsie, chorée,

rhumatisme, syphylis, maladies générales aiguës s'accompagnant de délire qui peut devenir chronique.

4°. Après les symptômes psychiques complexes et après l'étude des symptômes physiques suivis dans les diverses fonctions de l'économie, il reste un dernier élément très-essentiel pour faire l'étude clinique ou pathologique des maladies mentales, élément trop négligé et cependant très-essentiel puisque lui seul peut servir à constituer <u>l'évolution</u> ou <u>le développement morbide</u>, c'est-à-dire la seule chose qui permette d'établir un lien entre le passé, le présent et l'avenir, c'est-à-dire de véritables formes naturelles basées sur un ensemble de symptômes physiques et moraux se succédant dans un ordre déterminé.

22 Avril 1865.

Dans la dernière partie, ou conclusion, dans laquelle on expose ses propres principes, par opposition à ceux des devanciers, il importerait de reprendre en sous œuvre, non-seulement le principe psychologique ou le principe anatomique

de Pinel, d'Esquirol et de leurs successeurs, mais les autres principes que l'on a également condamnés chez eux et principalement :

1°. Celui de considérer l'aliéné en général (chose bonne pour la médecine légale mais non pour la pathologie) au lieu d'y voir plusieurs espèces distinctes.

2°. Celui du physiologisme ou de l'homme normal en rapport avec un milieu déterminé, ou bien du principe pathologique de l'évolution d'une espèce déterminée comme une espèce végétale.

3°. La classification de Pinel et d'Esquirol par opposition aux classifications naturelles que l'on devrait faire dans l'avenir et dont la paralysie générale, la folie circulaire, l'alcoolisme donnent déjà une idée générale.

4°. L'idée que le physiologisme peut être utile pour la pathogénie ou la thérapeutique, c'est-à-dire pour comprendre le passage de la santé à la maladie et le retour de la maladie à la santé ; mais qu'il ne peut servir à l'étude clinique de la maladie confirmée et à la description véritable.

Terminer la leçon en disant que dans la

séance suivante, après quelques indications tout à fait générales et abrégées sur les clas:
:sifications, nous entrerons directement dans notre sujet par l'étude du délire dans les maladies aiguës et des délires toxiques comme introduction à l'étude du délire général dans la folie, réservant pour plus tard l'étude des délires partiels, de la paralysie générale et des autres formes des maladies mentales.

<u>24 Avril 1865.</u>

Trouver moyen au commencement ou à la fin de la leçon de parler de ceux qui ont précédé dans la voie de l'enseignement des maladies mentales : Esquirol, Ferrus, Mon père et Mr. Baillarger, Mr. Lasègue, Marcé, etc et reconnaître en quelques paroles senties ce que l'on doit à ces prédécesseurs et leur donner des témoignages de reconnaissance.

Idées pour la première Leçon, faite le 5 Décembre 1865.

---

2 Décembre 1865.

Idées générales à exprimer.

Physiologisme et Nosologisme.
Broussais et Laennec.
(Voir l'introduction de Pidoux).

Trois éléments à considérer dans les maladies: l'élément maladie, germe ou espèce (représenté par la cause, le germe ou la race qui est immuable comme dans les animaux et les végétaux)

2°. l'élément individuel qui établit la variété et modifie chez chacun la maladie première sans lui faire perdre ses caractères.

3°. Le milieu ambiant, c'est-à-dire les circonstances extérieures qui modifient les manifestations et changent certains traits extérieurs

En résumé: variété dans l'unité.

Les trois éléments que l'on a étudiés dans

l'histoire naturelle et que l'on a surtout poursuivis dans l'histoire des races humaines, on les retrouve dans la pathologie en général et dans la pathologie mentale en particulier. Il y a des espèces très-déterminées et presque fatales qui se rapprochent de l'action des poisons et il y a des maladies plus physiologiques comme certaines mélancolies dont on peut suivre la génération psychique et qui sont comme certaines maladies, où la part de l'individu et de sa réaction vis-à-vis du milieu ambiant est plus grande que celle de l'espèce morbide.

Ce n'est pas en étudiant la marche des passions à l'état normal qu'on y trouvera l'explication, la généalogie et la loi des lésions de sentiments chez les aliénés.

Les maladies que Mr. Lasègue appelle cérébrales sont celles où l'élément maladie domine et entraîne comme conséquence des symptômes impossibles à prévoir d'après les lois de l'état normal. Dans les folies à génération intellectuelle, où l'on peut suivre

la filiation, il semble que l'élément maladie joue un moins grand rôle et que tout puisse s'expliquer naturellement par le rapport du sujet avec le milieu ambiant; mais là encore l'élément maladie commande l'évolution successive des faits.

L'étude de l'aliénation faite à un point de vue physiologique fait intervertir l'ordre de succes=:sion de tous les symptômes et leur ordre de subor=:dination: On décrit la succession des faits maladifs dans un ordre conçu à priori et qui est l'opposé de la vérité. On croit que l'idée fixe précède la tristesse, tandis que c'est la tristesse qui précède l'idée fixe; On croit qu'il y a une filiation obligée de l'idée à l'acte, tandis que le plus souvent l'idée n'entraîne pas l'acte à sa suite; on croit que l'hallucination se produit la première et entraîne la croyance à la réalité de son objet et enfin le passage à l'acte, tandis que l'hallucination est le produit des idées qui ont précédé et qui finissent par s'incarner dans un son ou une voix. L'étude clinique vraie renverse ainsi toutes les subordinations arbitraires de phénomènes faites à priori d'après

la comparaison avec l'état normal.

Pinel et Esquirol sont très-bien quand ils sont médecins et observateurs et décrivent ce qu'ils ont vu et bien vu; mais lorsqu'ils veulent interpréter, faire de la théorie et de la science, ils veulent tout expliquer par l'état normal et les facultés des psychologues (ils sont physiologistes) et ils parlent toujours de l'aliéné en général, tandis qu'il faudrait spécifier et décrire des espèces différentes.

2 Décembre 1865.

Pinel (p. 68) après avoir décrit un accès de nymphomanie fait cette phrase, qui semble se rapporter à la folie circulaire:

"La maladie devient quelquefois périodique et la vie se passe dans une alternative d'un égarement érotique et de l'apathie la plus stupide."

La découverte de la paralysie générale est la grande découverte du siècle et la grande machine de guerre qui servira à détruire les bases de la doctrine de Pinel et d'Esquirol, et

pénétrer dans la place pour en faire sauter une à une toutes les défenses et en dissocier tous les éléments. C'est une affection cérébrale ayant sa marche et ses variétés, qui est la même dans tous les pays et sous toutes les latitudes, dans toutes les situations sociales : Donc, cela représente l'élément maladie, espèce et nosologie. C'est un composé de monomanie, mélancolie et démence. Donc, cela détruit la classification en empruntant des éléments à toutes les prétendues formes existantes en les y arrachant violemment pour les faire figurer dans une nouvelle unité. C'est une espèce distincte, ayant sa marche, ses causes, son anatomie pathologique etc. Donc, c'est une spécialisation au milieu du groupe si vague des folies en général et cela détruit ainsi l'étude de l'aliéné en général en montrant ce que l'on peut faire avec la pathologie spéciale.

2 Décembre 1865.

Prendre pour épigraphe cette phrase de Griesinger : "Nous n'avons fait jusqu'ici que la pathologie générale de l'aliénation mentale. Il reste à créer la pathologie spéciale des diverses espèces

de folie."

Pinel fait figurer même des traits empruntés à des idiots dans sa description des éléments symptomatiques de la folie en général. C'est arracher violemment un fait à tout son entourage, pour le faire figurer dans un tableau arbitraire et artificiel de l'aliéné en général qui n'est qu'un type tout à fait fictif et provisoire.

Les descriptions faites par Pinel sont extrêmement vagues et s'appliquent aux faits les plus différents; elles semblent réunies comme fortuitement dans le même tableau, parceque chaque trait en est emprunté à des états tout différents et leur réunion forme ainsi un tableau monstrueux, composé des éléments les plus hétérogènes et n'ayant pas son analogue dans la nature parcequ'il ne s'applique à aucun type réellement existant. C'est un type fantastique composé d'éléments vrais isolément mais non dans leur réunion. C'est un visage dont les diverses parties sont prises

à des individus vivants mais dont l'ensemble ne ressemble à personne.

L'aliéné considéré en général, sans acception de formes ou de périodes, peut être une unité factice utile à conserver pour la médecine légale, au point de vue de la séquestration, de l'interdiction des testaments etc. Toute la question, dans ce cas, est, en effet, de décider si l'individu est compos sui ou bien s'il n'est pas sain d'esprit et irresponsable. Dans ce cas la démence simple doit être considérée comme de la folie, dès lors qu'elle entraîne l'irres=ponsabilité et la perte des droits civils; mais cette conception fausse de l'aliéné en général que l'on est bien obligé d'accepter dans la pratique pour l'ap=plication de la loi de séquestration, aussi bien qu'en droit civil et en droit criminel, n'a plus de raison d'être dans la science et il faut la remplacer par la notion des espèces et de leur marche. Mon père a dit que depuis longtemps toute question de médecine légale se réduisait toujours à une question de diagnostic. C'est vrai parceque ce n'est pas l'acte mais l'individu qui est en jeu; mais on ne doit pas

borner ce diagnostic et distinguer si l'individu est aliéné ou sain d'esprit ; on doit en outre chercher à spécifier la forme à laquelle il appartient afin de pouvoir affirmer avec plus de certitude et de vérité que l'acte incriminé est en rapport avec la nature spéciale de la maladie. Ce sera là de la véritable médecine légale, scientifique et clinique.

3. Décembre 1865.

Chercher dans les Annales les articles de Lasègue sur Stahl, Langer mann, Heinroth, Ideler et celui de Mr Morel sur Jacobi.

Dire qu'en Allemagne le mouvement de la pathologie mentale a marché du psycholo=gisme au somatisme et en France du psychologisme au cérébrisme pour revenir au psychologisme. Indiquer à grands traits ce double mouvement.

Écrire une note sur ce fait que Mr Pidoux cite précisément Pinel comme le type du nosologisme, tandis que je lui reproche d'être trop physiologiste ou psychologiste. Cela tient probablement à ce que dans les maladies ordinaires les caractères

et la marche des maladies étant mieux connues. Pinel a pu leur appliquer sa méthode favorite, c'est-à-dire les procédés de l'histoire naturelle, tandis que pour les maladies mentales il marchait en aveugle dans une route non frayée et il a abandonné les procédés habituels de la médecine pour se servir de la connaissance de l'état normal et de la psychologie comme d'un flambeau. Or, c'était un flambeau à lueur incertaine qui l'a mal éclairé et l'a conduit dans une fausse voie; il importe d'appliquer à la pathologie mentale les règles de la pathologie ordinaire et de faire des espèces dans la médecine mentale comme pour les autres maladies sans avoir cependant la prétention de les faire aussi rigoureusement délimitées que celles de l'histoire naturelle, parcequ'il faut faire là la part de l'individu et du milieu plus forte que les nosologistes purs.

3 Décembre 1865.

Mr. Lasègue a l'intention d'attaquer la question des séquestrations illégales et de l'incompétence des gens du monde, littérateurs, philosophes et journalistes pour trancher les questions de médecine mentale soit

en médecine légale, soit au point de vue de la séquestration. Il prendra ainsi la défense des spécialistes contre les philosophes, le public et même contre les autres médecins. Seulement, au lieu de les défendre à la manière de tous leurs défenseurs habituels, il prendra la question par un côté inattendu et donnera à sa défense un tour original en faisant retomber sur les aliénistes eux-mêmes la faute dont ils sont aujourd'hui la victime. Si les médecins spécialistes, depuis le commencement de ce siècle, n'avaient pas tenu avant tout à passer pour philosophes; s'ils étaient restés réellement médecins; s'ils avaient étudié ces maladies absolument comme les autres maladies, tout en tenant compte de la diversité des objets à observer; s'ils avaient insisté sur les symptômes physiques, autant que sur les symptômes moraux; s'ils avaient en un mot étudié des espèces morbides, des formes et des types, ayant des caractères et une marche déterminée, ils auraient édifié une science vraiment spéciale qui aurait eu ses lois et ses résultats acquis qu'eux seuls

auraient pu connaître et ainsi personne n'aurait pu songer à contester leur compétence exclusive. Si les gens du monde se croient en état de juger de l'aliénation, c'est parceque les médecins eux-mêmes ont parlé des facultés lésées et des passions surexcitées comme causes et comme premiers symptômes des maladies mentales et qu'ils ont cherché à suivre la filiation logique d'une idée saine se transformant en idée maladive et n'ont vu dans la maladie que l'exagération de l'état normal. Eh bien, il faut renier cette fausse philosophie et cette fausse médecine. Il faut être renégat de la philosophie si l'on veut être réellement médecin spécialiste et alors seulement on pourra défier toutes les attaques et prouver à tous sa compétence exclusive. C'est donc dans la fausse direction imprimée à la médecine mentale depuis le commencement de ce siècle qu'il faut chercher la véritable cause du scandale dont nous nous plaignons aujourd'hui. Nous avons semé pour récolter. Or, si nous voulons réagir contre cette fâcheuse tendance du public à vouloir envahir notre domaine, il faut nous-mêmes en mieux déterminer les limites, tracer une ligne

de démarcation plus nette entre la santé et la maladie et changer la direction scientifique de l'observation médicale des aliénés.

3 Décembre 1865. Idées principales à exprimer.

Le Nosologisme tue l'étiologie et la thérapeutique. Dans une maladie qui a sa marche déterminée à l'avance et qui se développe d'après des lois préétablies, comme la plante se développe de la graine, ou l'animal sort de son germe, il n'est plus possible de faire intervenir l'action d'une cause secondaire qui ne pourrait en rien enrayer la marche de la maladie, ni un agent thérapeutique qui pourrait modifier cette marche, l'arrêter, la faire rétrograder ou en suspendre le cours. C'est pourquoi, tout en proclamant la nécessité des espèces morbides pour la nosologie, il faut faire une plus grande part à l'individu et au milieu, soit à l'étiologie qui n'est que le passage de la santé à la maladie, soit dans la thérapeutique qui est le retour de la maladie à l'état de santé.

Notes pour la 1ère Leçon du cours, ouvert le 3 Décembre 1867.

---

2 Décembre 1865. Idées nouvelles sur lesquelles il convient d'insister dans la 1ère Leçon :

1° La paralysie générale bien étudiée et dégagée de la folie comme espèce spéciale.

2° La classification régnante démolie par tous les points et de nouveaux aspects de classement tendant à se dégager des anciens (folie circulaire, folies hystériques et épileptiques, folies par intoxications; en un mot, de nouvelles espèces substituées aux anciennes et la notion d'espèces et de variétés substituée à l'étude de la folie en général.

3° Le cercle des études de l'aliéniste étendu en dehors de son domaine primitif et sortant de l'enceinte des asiles d'aliénés pour faire invasion dans le monde, dans les familles et dans d'autres asiles, par exemple dans les

hôpitaux ordinaires ou dans les prisons, par les maladies cérébrales, les maladies nerveuses et par le délire des actes ou les altérations du caractère. La folie est ainsi reliée à la pathologie générale, à la pathologie cérébrale et nerveuse. C'est le point de vue névropathique, préconisé en France par plusieurs auteurs, en particulier par MM Moreau (de Tours) et Morel et en Allemagne par les somatistes et en dernier lieu par le professeur Griesinger — Opinion de Jacobi : <u>la folie est un symptôme de maladies diverses et non une maladie spéciale</u>. Le délire chronique n'est comme le délire aigu que l'une des manifestations d'une maladie dont le médecin doit rechercher la nature et l'origine pour pouvoir la combattre.

4° Les recherches faites sur <u>l'hérédité</u> des maladies mentales et nerveuses ont considérablement agrandi le domaine du médecin aliéniste et élargi le point de vue auquel il doit se placer pour envisager de plus haut

les malades qui lui sont confiés. Comme le dit M. Morel, et comme le répète le professeur Griesinger, les maladies observées dans les asiles d'aliénés sont le dernier terme et le terme irrémédiable d'états maladifs antérieurs ayant existé chez l'individu lui-même ou chez ses ascendants. Il faut donc s'attacher à relier le présent au passé, à reconstituer la chaîne dans sa totalité, au lieu de n'en étudier que les derniers chaînons. Cette idée nouvelle se formule ainsi : "La folie, telle qu'on l'a étudiée jusqu'à présent, ne représente que les formes chroniques ou terminatives. On n'a décrit que les dernières périodes du mal, comme on l'avait fait d'abord pour la paralysie générale.

5°. Les deux idées mères de M. Lasègue; savoir : 1°. Il y a deux espèces principales de folie, au point de vue de leur origine, de leur genèse et de leur évolution ultérieure : les folies à génération physiologique, successive pouvant être suivies par la voie psychologique et par l'observation intime des malades et les folies cérébrales débutant brusquement par un ictus cérébral qui rompt violemment avec le

passé de l'individu et le transporte d'emblée dans le domaine propre de la folie. 2°. Les aliénés sont tous des êtres abaissés intellectuellement et moralement.

6°. On a beaucoup étudié les hallucinations comme phénomène spécial et distinct du délire (Il en est très peu question dans Pinel. Esquirol, au contraire, a insisté d'une manière particulière sur ce symptôme et tous ses élèves, surtout en France, ont poursuivi très loin ses études sous ce rapport.

1ère Leçon

1er Décembre 1868.

1er Décembre 1868. Points à développer dans la 1ère Leçon:

1º Les aliénés sont des êtres abaissés et mauvais.

2º Il y a deux modes de génération de la folie: 1º la génération par des procédés intellectuels et par une sorte de filiation logique; 2º la génération subite par Ictus cérébral.

3º La médecine légale des aliénés doit s'appuyer sur l'ensemble des faits observés, sur la vie totale de l'individu, et non sur un fait isolé.

4º Le classement des faits psychiques par la méthode psychologique ne constitue qu'une séméiologie artificielle et ne sert pas au diagnostic des maladies

5º Il faut laisser de côté l'étiologie de fantaisie des gens du monde et des causes occasion=nelles pour remonter plus haut dans l'ensemble

des circonstances qui ont concouru à la production première de la maladie et arriver ainsi jusqu'aux ascendants.

6°. L'étude a été faite sur une très-large échelle et a donné beaucoup de résultats qui n'étaient pas connus il y a 30 ans.

7°. L'édifice de Pinel et d'Esquirol est démoli successivement par pièces et tend à se dissocier de toutes parts. Il faut de nouveaux principes et une nouvelle impulsion.

8°. Faire une revue rapide des malades que l'on rencontre dans un asile d'aliénés pour prouver que ce qui les caractérise essentiellement, c'est le fond et non l'idée dominante.

9°. L'aliéné est un être différent de l'homme normal ayant des caractères communs, mais il faut abandonner cette notion de l'aliéné en général pour étudier de véritables espèces ou variétés ayant un début, une période d'état, des terminaisons ou une marche spéciale possible à prévoir.

10°. Le procès Chorinski est une preuve

de ce que peut l'étude des formes de maladies substituées à la notion de l'aliéné envisagé en général.

11°. Faire le portrait parallèle de l'individu ayant un chagrin motivé par la perte d'une personne aimée et de l'aliéné mélancolique, de l'amoureux de roman et de l'aliéné amoureux de l'homme réellement religieux et de l'aliéné religieux, pour prouver que l'étude de l'aliéné diffère notablement de l'étude de l'homme physiologique dominé par une passion ou par une idée. L'aliéné ne produit rien; il est stérile comme invention et inutile comme action : il ne rend service à personne, ne se dévoue et ne se sacrifie jamais et vit dans un égoïsme passif et improductif.

12°. Description rapide des deux états opposés de dépression et d'exaltation.

13°. Description rapide du fond et du relief, des caractères généraux de l'état mental général et de l'évolution lente et successive de l'idée fixe germant peu à peu sur ce sol maladif.

14°. Comme preuve de la démolition successive

de l'édifice de Pinel et d'Esquirol, dire que l'œuvre de Bayle, de Calmeil et de leurs successeurs, la paralysie générale, a confondu toutes les formes de la classification régnante. Mon père a attaqué la monomanie et les lésions isolées des facultés. M^r. Baillarger la démence aiguë et la mélancolie d'Esquirol. M^r. Moreau a introduit l'idée de poison par le haschisch et la séparation de la folie névrose et des autres affections cérébrales, le délire aigu du délire chronique comme l'école somatique allemande et en particulier Jacobi et Griesinger. M^r. Delasiauve a divisé la monomanie par la pseudomonomanie. Enfin, M^r. Morel a été encore plus démolisseur en étendant la sphère des maladies mentales à des états laissés en dehors, en faisant reposer beaucoup de folies sur le sol de névroses antérieures, en faisant jouer à l'hérédité un grand rôle dans le classement des formes et en faisant une classification étiologique dans laquelle les formes prétendues de Manie, de monomanie

et de démence ne jouent plus que le rôle d'états psychiques provisoires et temporaires pouvant se succéder l'un à l'autre dans les mêmes formes mentales. L'anarchie règne donc aujourd'hui dans notre science spéciale jusqu'à ce qu'une main puissante vienne réunir tous ces éléments épars pour en former un tout coordonné et harmonique.

Plan général de la seconde Leçon:

1°. Résumé rapide de la leçon précédente.

2°. Deux procédés se présentent pour faire la description symptomatique des maladies mentales: faire de la pathologie générale et de la pathologie spéciale. Les deux procédés ont du bon, mais il faut opter. Jusqu'à présent, on n'a guère fait que de la pathologie générale. Ex: Griesinger. Mais c'est décrire l'aliéné en général comme nous le disions dans la dernière séance et c'est aller contre le principe

clinique que nous avons proclamé. Cependant, il importe d'indiquer, en quelques mots, les éléments principaux qui composent la Sympto=:matologie générale, quand ce ne serait que pour préciser le sens des mots dont nous nous servirons.

3°. Petite pathologie générale écourtée, basée sur les leçons de mon père :

1°. Troubles de l'intelligence : Etat général; lésions isolées de facultés; production des idées délirantes.

2°. Troubles des sentiments, des affections, des penchants et des impulsions : c'est le 1er phénomène et le fond des maladies mentales; Stade mélancolique de Griesinger; perversions de caractère au début de la folie; deux modes de développement; exagération du caractère antérieur; changement total. — Altérations des sentiments dans les diverses périodes de la folie. — Penchants et impulsions : motivés ou non motivés : automatisme; impulsions irrésistibles; théorie de la monomanie instinctive; actes chez les

aliénés dus à des causes diverses : vol, homicide, incendie, érotisme ; phrase d'Esquirol sur le suicide.

3°. Illusions et hallucinations : définitions et divisions ; quelques détails sur chacun de ces phénomènes ; les analogies et les différences. Ce sont l'un et l'autre des phénomènes intellectuels et non sensoriaux. Résumé.

4°. Troubles des mouvements, énumération rapide dans les diverses fonctions de l'économie : ils n'ont pas été assez observés.

5°. Troubles nerveux de la sensibilité ou dans les diverses fonctions nerveuses de l'économie. Anxiété précordiale ; sensations abdominales des hypochondriaques

6°. Troubles des fonctions organiques ; parcourir les diverses fonctions ; poumon, coeur, estomac, intestin, organes génito urinaires : fièvre typhoïde, intermittente, érysipèle, crises, disparition d'exanthèmes, rhumatisme, siphylis, maladies des organes génitaux chez l'homme et chez la femme, suites de couches, spermatorrhée de Lallemand, Mémoire de Lisle et plusieurs thèses. Etat des urines et des sécrétions dans les maladies mentales.

7°. Marche générale des maladies mentales; signes de la prédisposition; explosion brusque ou lente; incubation; ses divers caractères. Invasion: caractères multiples de la folie confirmée: formes diverses: phases: intermittences, rémittences, paroxysmes, intervalles lucides: période d'état: terminaisons par la guérison, l'état chronique ou la mort. Causes de mort habituelles chez les aliénés.

4°. Aborder la pathologie spéciale et pour cela se demander quelle classification adopter. On a divisé d'après 4 principes:

1°. facultés lésées;

2°. idées prédominantes;

3°. actes;

4°. étendue du délire; caractère triste ou gai. C'est la classification régnante. Elle est artificielle mais meilleure que les précédentes. Autour du caractère principal d'autres se trouvent groupés pour la faire comprendre, faire une visite rapide dans un établissement d'aliénés. Ces caractères peuvent servir à la

scription, mais ils sont insuffisants, au point de vue symptomatique et pour la marche. Examiner successivement à ce point de vue les délires généraux, les délires partiels en masse et séparément la mélancolie et la monomanie, puis la démence et l'idiotisme.

Cette classification laisse beaucoup à désirer, mais on est forcé de l'adopter.

Mr. Morel a voulu en faire une autre, mais elle n'est pas encore assez pratique pour servir à décrire toutes les espèces. Le but de l'avenir est d'avoir une classification naturelle, basée sur l'ensemble des symptômes psychiques et moraux coordonnés et subordonnés et sur la marche. Exemples: paralysie générale, folie circulaire, folie épileptique, alcoolique, etc.

Pathologie Spéciale.

Du délire aigu.

Maladies variées dans lesquelles il se produit: ses degrés, ses variétés, ses diversités: calme et gai, triste et violent, calme et furieux.

1°. Caractères généraux qui distinguent le délire aigu en général de la folie. Ces caractères sont insuffisants pour une délimitation précise; cependant, il faut bien les accepter et ils ont quelque utilité pour la pratique; traitement à domicile, séquestration, pronostic de mort ou de guérison rapide.

Trois espèces de délire: 1°. fébrile; 2°. toxiques; 3°. délire aigu simple ou délire nerveux.

2°. Caractères communs à tous les délires aigus en général qui les rapprochent du rêve et les éloignent de la folie: séparation du monde extérieur: conséquences de ce fait général, dans les idées, les impressions, les actes, la physionomie, la manière d'être vis-à-vis de ceux qui entourent les malades. _ Prédisposition au délire: enfants, femmes, gens nerveux; hérédité; pronostic de ces délires héréditaires.

3°. Caractères spéciaux de chaque espèce de délire:

1°. délire de la fièvre typhoïde opposé à celui de la méningite.

2°. délire de la belladone.

3° délire du haschisch.
4° délire alcoolique.
Renvoi pour le delirium tremens à la prochaine séance.

28 Avril 1865.

9e Leçon.

Commencer par quelques généralités sur les classifications actuelles et sur les principes à suivre pour les classifications futures. – Mais pour décrire il faut bien adopter un ordre et pour faire un cours pratique, il faut prendre les formes généralement admises, tout en prévenant qu'elles présentent de nombreuses lacunes, qu'elles ne répondent pas aux vrais besoins de la science et que toutes les variétés observées de l'aliénation mentale ne peuvent y trouver leur place. Dire aussi qu'on la modifiera un peu dans certains de ses détails, mais que l'on insistera sur ces variantes, à l'occasion de chaque forme particulière, et non dans une leçon générale, dont on ne comprendrait pas bien la valeur, en ignorant les éléments mêmes

sur lesquels reposerait cette discussion :

Pour bien faire comprendre les variétés les plus saillantes des classifications actuelles, il faut faire une promenade dans les asiles d'aliénés et montrer dans cette visite rapide les malades qui viennent vous aborder ou qui se tiennent à l'écart, afin d'indiquer de suite les variétés les plus ap=parentes de la folie, celles qui se manifestent à la 1ère visite dans un établissement de ce genre et qui frappent aussi bien le visiteur ordinaire que le médecin.

Faire ainsi le tableau successif du maniaque, avec ses divers degrés d'agitation, du mélancolique avec ses degrés partant de la mélancolie agitée et allant jusqu'à la stupeur, l'aliéné partiel avec ses diverses variétés d'idées prédo=minantes, qui ont à tort servi à les distinguer, l'aliéné partiel chronique avec tendance à la démence, avec ses paroles et ses actes stéréotypés, enfin le dément véritable, puis l'idiot. Ce tableau rapide et général est indispensable pour donner un aperçu et un avant goût des diverses formes

et variétés telles qu'on les trouve dans la nature et telles qu'on les décrira plus tard avec détails dans la pathologie spéciale.

Dire alors que pour faire la symptomatologie de l'aliénation on pourrait adopter deux procédés: faire de la pathologie générale ou de la pathologie spéciale. Depuis Pinel, on n'a guère fait que de la pathologie générale et le professeur Griesinger dit avec raison, dans son discours d'ouverture, qu'il ne considère son traité des maladies mentales que comme une patho:logie générale devant servir d'introduction à la pathologie spéciale qui reste à créer et qui sera le véritable travail de l'avenir. C'est là, en effet, ce qu'ont fait la plupart des auteurs qui ont décrit la folie depuis le commencement de ce siècle. Ex: Mon père dans ses leçons cliniques. C'est toujours la tendance que nous avons signalée dans la dernière séance, comme l'une de celles qui caractérisent l'école de Pinel et d'Esquirol et de leurs élèves, savoir: étudier l'aliéné en masse, l'aliéné en général, comme un être distinct de l'homme raisonnable, ayant des caractères communs que l'on étudie isolément, en les détachant des formes auxquelles

ils appartiennent, ayant une étiologie, un diagnostic, un pronostic, une marche, une anatomie pathologique et un traitement général, physique et moral. C'est qu'en effet les formes provisoires que l'on possède aujourd'hui, n'étant pas des formes na=turelles, on ne peut, malgré toute sa bonne volonté, leur trouver, avec vérité, une étiologie, une anatomie pathologique et un traitement spécial. On est donc bien obligé de retomber, malgré soi, dans l'étude des causes des lésions et des indications thérapeutiques de la folie en général. C'est ce que nous serons obligés de faire nous-mêmes quand nous sortirons de la symptomatologie (que l'on peut mieux spécialiser) pour entrer dans l'étiologie, l'anatomie pathologique et la thérapeutique. Cependant, pour entrer, dès à présent, autant que possible, dans la voie clinique et spéciale que nous avons proclamée comme seule bonne dans la 1ère séance, nous allons, dès le début de ce cours, entrer de plein pied dans la pathologie spéciale, c'est-à-dire dans la description clinique des formes diverses des maladies mentales, qui sont évidemment la

chose la plus utile à connaître pour le praticien, et quand nous aurons ainsi parcouru les principales formes, (ce qui remplira environ la moitié de ce cours), nous pourrons alors traiter, sous une forme générale, de l'étiologie, de l'anatomie pathologique, du pronostic et du traitement de la folie, puisque, dans l'état de la science, il est impossible de mettre ces diverses parties de la pathologie mentale en rapport avec chacune des formes provisoires et artificielles que nous possédons et que cette pathologie spéciale de chaque forme ne sera réellement possible que lorsqu'on aura trouvé des formes vraiment naturelles, ayant des causes particulières, des lésions, un pronostic, une marche et des indications thérapeutiques distinctes.

Cependant, avant d'aborder la description des formes, il faut d'abord faire l'énumération rapide des symptômes que l'on observe dans l'aliénation en général, c'est-à-dire faire en une demi-leçon, une petite pathologie générale écourtée, ne serait-ce que pour bien faire connaître et préciser le sens des termes que l'on emploiera dans la description et dont la définition pourrait ne pas être bien connue de ceux qui étudient notre spécialité pour

la première fois.

Faire ici l'exposé rapide des principales données qui se trouvent dans la pathologie générale des leçons de mon père, c'est-à-dire : 1°. troubles de l'intelligence ; 2°. troubles de la sensibilité (sentiments, penchants, impulsions, partie émotive et instinctive de notre être) ; 3°. Illusions et hal:lucinations ; 4°. troubles des mouvements ; 5°. troubles des fonctions organiques ; 6°. Marche générale de la folie. (Pour développer rapidement ces différents points, se borner à relire les leçons de mon père pour pouvoir les résumer en une demi-leçon.

2.e Leçon.

9 Décembre 1865.

---

11 Décembre 1865.

Résumé de la 2.e Leçon.

Nous abordons la symptomatologie de la folie et nous devons nous demander si l'on doit faire de la pathologie générale ou de la pathologie spéciale. Si la science était plus avancée et si les espèces aujourd'hui admises étaient plus naturelles, on pourrait se borner à la pathologie spéciale; mais ces espèces ne correspondent pas assez exactement à des types pris dans la nature pour que l'on puisse se borner à leur description et croire avoir fait le tableau des aliénés tels qu'ils sont; il faut donc encore aujourd'hui faire de la pathologie générale et parler de l'aliéné comme si ce mot représentait un type vraiment distinct et s'il existait beaucoup de caractères communs à tous les aliénés. Nous étudierons donc d'abord, sous une forme très-générale, tous les éléments de la symptomatologie de la folie et nous les

retrouverons ensuite en détail dans chacune des formes en particulier :

1°. Troubles des sentiments et des penchants ou impulsions ;

2°. Troubles des facultés intellectuelles ;

3°. Illusions et hallucinations ;

4°. Troubles des mouvements ;

5°. Troubles des fonctions organiques ;

6°. Marche de la folie.

1°. Troubles de la sensibilité, des sentiments et des penchants.

La sensibilité morale chez les aliénés peut être altérée dans son ensemble ou bien dans quelques-unes de ses manifestations spéciales (sentiments et penchants).

Les lésions de la sensibilité constituent le fait primitif, primordial, initial et essentiel de toutes les folies : sens émotif de Mr. Cerise, à l'état normal et à l'état maladif ; natures nerveuses et sensibles à l'excès : tout est émotion et douleur pour ces natures sensibles à l'excès ; véritables machines à émotivité et à souffrance

multiplicateurs de la douleur; névralgies; névroses protéiformes. C'est là la base des maladies nerveuses et de beaucoup de folies. Il faut observer cela dans le monde, dans les prodrômes et l'incubation et dans le passage des maladies nerveuses aux maladies mentales.

Il y a deux états fondamentaux de la sensibilité chez les aliénés :

1° Etat d'expansion, d'exaltation ou de gaîté;

2° Etat de dépression, d'affaissement, d'anxiété et de tristesse.

Deux tableaux d'ensemble pour bien représenter ces deux états et les décrire conformément à la réalité de l'observation. Ces deux états principaux sont la base des deux formes principales des maladies mentales. Ils existent surtout dans les prodrômes, l'incubation et les périodes aiguës. Stade mélancolique de Guislain.

Après l'indication sommaire des lésions générales de la sensibilité morale, vient l'étude spéciale des lésions des sentiments et des penchants.

I. <u>Sentiments</u>. Les psychologues et les moralistes ont fait des divisions comme pour les facultés intellectuelles.

Les philosophes ont admis comme grande division des sentiments l'amour et la haine, puis ils ont subdivisé plus ou moins, selon les écoles. Les phrénologues ont encore plus nettement délimité les facultés morales et ont admis une lésion isolée possible de chacune de ces facultés. Ils sont arrivés ainsi aux dernières conséquences du principe de la fragmentation des facultés et de la possibilité de leur lésion isolée chez les aliénés. C'est là l'extrême de la théorie de la monomanie.

Cette étude des passions ou des penchants transportée dans la folie est tout à fait fausse et ne conduit qu'à l'erreur. C'est ce que Pinel et Esquirol ont voulu faire (ce dernier dans sa thèse des passions), mais c'est de la déduction à priori de ce qui devrait être et non de l'observation de ce qui est réellement. On représente le meurtre ou le vol chez les aliénés comme le résultat de l'exaltation du penchant correspondant et le plus souvent ces penchants ne sont pas surexcités et l'aliéné tue ou vole pour des motifs très-divers, sans y être réellement poussé par un besoin de sang ou un

désir instinctif. Il en est de même du sentiment religieux ou du sentiment de l'amour chez les aliénés. Détails donnés sur ces deux prédominances chez les aliénés, pour prouver que ce sont des faits passagers ou secondaires et qu'ils ne résultent presque jamais de la surexcitation maladive du sentiment ou du penchant. Deux tableaux parallèles de l'homme religieux ou amoureux à l'état normal et de l'aliéné religieux ou amoureux, pour montrer que ces deux catégories d'individus ne se ressemblent en rien, ni par leur état intérieur, ni par leurs manifestations et leurs actes. Ce n'est pas sous cette forme qu'existent les lésions de sentiments et de penchants chez les aliénés. Elles existent sous forme plus générale d'altérations de caractère. D'avares ils deviennent prodigues, de réguliers dans leurs actes intempérants et débauchés etc etc.

Ces symptômes sont très-fréquents et s'observent surtout au début de la folie. Les aliénés perdent aussi dès le début leurs sentiments affectueux; ils n'aiment plus personne, ni leurs parents, ni leurs amis; leurs affections se tournent même en haine. Voilà les véritables lésions de sentiments. Elles sont caractéristiques de la

folie et précèdent même les lésions de l'intelligence. Les sentiments les plus lésés, ce ne sont pas ceux qui sont les plus dominants à l'état normal comme l'amour ou le sentiment religieux, c'est celui de la crainte qui est un sentiment négatif.

Penchants. Mêmes réflexions; ils peuvent être surexcités chez les aliénés, mais pas isolément et ce n'est pas habituel. Ordinairement les actes sont motivés et non instinctifs et la vraie irrésistibilité est rare, même dans la manie où les malades déclarent qu'ils pourraient s'arrêter et le font sous l'influence de l'intimidation.

2°. Lésions de l'intelligence:

1°. Etudiées dans leur ensemble, sous la forme la plus générale.

Deux ordres de lésions comme pour la sensibilité:

Exaltation,

Dépression.

Description abrégée de ces deux états au point de vue du mouvement accéléré ou ralenti de l'intelligence: tout est vu en beau ou en noir;

les idées surgissent dans l'esprit en rapport avec ces deux dispositions de l'esprit et du coeur.

2°. Etudiées par facultés isolées. Mêmes réflexions sur la non séparation de ces lésions de facultés et sur les lésions complexes constituant un état.

Mémoire: quelques détails sur les lésions de cette faculté.

Association des idées; véritable incohérence rare; Exemples de M^r. Billod.

Raisonnement; sa persistance chez les aliénés; ils sont logiques, sans être raisonnables; erreur du point de départ et du point d'arrivée; déduction régulière des termes intermédiaires.

Jugement, réflexion, volonté et libre arbitre. Quelques détails sur les lésions de chacune de ces facultés, dans la folie en général et dans certaines formes.

Péroraison sur la hiérarchie des facultés secondaires et supérieures et leurs lésions chez les aliénés.

11 Décembre 1865.

En terminant avant hier ma seconde leçon

sur les lésions de l'intelligence considérées en général chez les aliénés, j'ai exprimé une idée qui mérite d'être conservée et développée ; c'est la suivante :

"Les facultés intellectuelles, admises par les psychologues, doivent être hiérarchisées et placées sur deux rangs superposés. Les unes sont des facultés de second ordre, des facultés secondaires : ce sont en quelque sorte les instruments de l'intelligence : ce ne sont pas des facultés créatrices d'un produit nouveau : ce sont des moyens merveilleux que la nature a mis à notre disposition pour venir en aide à notre intelligence et pour lui permettre d'entrer en action, en exercice, et d'en tirer tout le parti que l'homme supérieur peut tirer d'aussi merveilleux instruments. Ces facultés sont la mémoire, qui reproduit avec tant de précision et d'exactitude, lorsque l'esprit en a besoin, tous les détails les plus minutieux des faits passés, de ceux dont l'homme a été témoin, soit dans le monde extérieur, soit dans son monde intérieur, merveilleux instrument qui,

entre les mains d'une intelligence supérieure, produit tous les jours tant de merveilles. Une autre faculté de ce genre, c'est l'association des idées, aptitude extra=ordinaire de l'intelligence humaine, qui fait que les idées s'appellent les unes les autres, selon les besoins de l'esprit, d'après des rapports préétablis, d'après la loi des semblables ou d'après celles des contraires, d'après les rapports de cause à effet ou d'après ceux de coïncidence, merveilleuse disposition de l'esprit humain qui lui permet de retrouver à l'instant toutes les idées dont il a besoin conformément aux rapports naturels des choses et aux besoins de la logique. Une 3e faculté de ce genre, c'est le raisonnement, faculté secondaire également, dont on a eu trop souvent le tort de faire une faculté dominante et le synonyme de la raison, tandis que souvent au contraire logique et raison sont deux termes qui s'excluent, bien loin d'être deux termes identiques. Ce n'est là en réalité qu'un véritable mécanisme de l'intelligence qui se meut d'après les lois naturelles et préétablies, dont l'intelligence humaine se sert et tire le meilleur parti possible selon les autres aptitudes dont elle jouit,

mais sur lequel elle n'a aucune action modificatrice possible, puisqu'elle est obligée de se conformer à ses lois, bien loin de pouvoir en changer la moindre partie. Les règles du syllogisme, si bien étudiées par les philosophes et les logiciens, depuis Aristote, sont la base éternelle de l'esprit humain, la règle qui préside à toutes les combinaisons d'idées. Cette règle est de tous les temps et de tous les lieux et aucun esprit régulier ne peut s'en écarter, sans tomber par cela même dans l'extrême désordre ou l'extrême déraison; mais ce n'est là après tout qu'un mécanisme qui enchaîne fata=lement les conséquences aux prémisses et règle les lois de la déduction chez tous les peuples et à toutes les époques historiques; ce n'est pas là une faculté créatrice, libre dans son choix, dans ses allures, variable selon les individus et selon les périodes de l'existence de chacun. Ce sont là les assises de la consti=tution intellectuelle de l'homme, sans lesquelles elle tomberait dans le chaos et dans le néant; mais c'est en quelque sorte l'apanage commun

de l'humanité, sans lequel il n'y a pas d'intelligence possible. Ce n'est pas là ce qui distingue surtout les hommes les uns des autres, ce qui fait sortir un homme de la foule, ce qui fait les hommes supérieurs, les hommes de génie, ce qui rend l'espèce humaine perfectible, ce qui lui donne la supériorité sur tous les êtres de la création, et ce qui fait que certains hommes, marqués dès leur naissance du sceau du génie, sont appelés à commander aux autres par l'ascendant irrésistible de leurs facultés supérieures. Eh bien, ces facultés intellectuelles supérieures qui font sortir un homme de la foule, qui lui permettent de se perfectionner lui-même, de s'améliorer, qui le distinguent essentiellement des animaux et qui font la supériorité de ceux qui les possèdent sur ceux qui en sont privés, c'est le jugement, c'est le discernement, c'est le bon sens, c'est en un mot ce que les philosophes ont résumé par un seul mot, la raison prise dans sa plus haute acception. C'est là, en effet, que se manifeste pour l'homme sa liberté de choix, l'action personnelle de chaque individu sur l'ensemble de ses idées, fournies, rappelées ou coordonnées par les facultés

secondaires dont nous parlions tout à l'heure : ce sont là les facultés supérieures qui jugent en définitive, en dernier ressort et qui permettent à l'homme de se décider, de faire un choix et de prendre un parti au milieu de tous les éléments discordants qui lui sont fournis par les facultés secondaires de mémoire d'association des idées et de raisonnement.

Eh bien, cette subordination des facultés intellectuelles en deux groupes superposés qu'il importe tant de proclamer et d'établir à l'état normal, il importe aussi beaucoup de la conserver pour l'étude de l'homme malade, parce qu'elle peut éclairer d'un flambeau lumineux la physiologie pathologique de l'homme aliéné. C'est un véritable trait de lumière pour l'étude psychologique des facultés intellectuelles chez les aliénés. On doit poser, en effet, en principe que les facultés secondaires de mémoire, d'association des idées, de raisonnement sont les dernières à disparaître dans la folie ; qu'il faut que cette maladie soit arrivée à un degré avancé de

chronicité pour qu'elles commencent à être atteintes; que leur disparition successive peut même servir de mesure à peu près exacte de l'affaiblissement progressif de leur intelligence et que dans les périodes aiguës ou actives, ces facultés sont presque toujours intactes. C'est une idée tout à fait erronnée du philosophe et de l'homme du monde de croire que l'aliéné perd la mémoire du présent ou du passé, que ses idées s'associent d'une manière vicieuse, qu'elles sont incohérentes, c'est-à-dire sans lien entr'elles, ou bien que, dans tous les cas, les rapports naturels établis entre les idées à l'état normal sont rompus par la maladie. C'est une erreur de croire aussi que le raisonnement est faussé chez les aliénés, que leurs idées ne se suivent plus dans l'ordre logique; qu'ils ne sont pas fidèles aux lois du syllogisme, qu'en un mot ils déraisonnent. En général, au contraire, ces facultés sont conservées chez les aliénés, et même chez les maniaques, elles ne sont troublées que dans une faible mesure, comparativement à ce que l'on imagine. Les aliénés conservent le plus souvent une grande vivacité de souvenirs; leur mémoire leur fournit de

nombreux matériaux sur lesquels s'exerce leur intelligence malade et en délire; leurs idées délirantes s'associent d'après les lois normales de l'association des idées, d'après les rapports de cause à effet, de coïncidence, de sons ou de mots, d'après les rapports de similitude ou de contraste, et il faut longtemps chercher dans un asile d'aliénés pour y trouver quelques rares exemples de véritable incohérence qu'on puisse montrer comme spécimen de démence vraie, ou bien, comme l'a fait Mr. Billod dans son travail, comme des exemples types de lésions de l'association des idées. Il en est de même du raisonnement qui est rarement lésé chez les aliénés, même dans l'état maniaque où l'incohérence n'est qu'apparente, et ne représente qu'une succession trop rapide et fragmentée à laquelle il manque des chaînons qui échappent à l'observateur; mais la pensée du malade suit à l'intérieur les lois qui règlent la pensée normale; les idées s'y enchaînent dans l'ordre logique d'après les lois du syllogisme beaucoup plus qu'elles ne surgissent sans ordre

et au hasard, par une sorte de régurgitation toute fortuite. Les idées délirantes se déduisent et s'enchaînent donc chez l'aliéné dans le même ordre logique et d'après les mêmes lois qui président à l'évolution logique des idées à l'état normal. Quelles sont donc les facultés qui font surtout défaut chez l'aliéné et qui le constituent à l'état de révolte flagrante avec l'intelligence humaine, d'être tout à fait distinct dans la grande famille humaine ? Ce sont précisément les facultés supérieures dont nous parlions tout à l'heure, celles qui font réellement l'homme raisonnable, distinct de l'animal mû par le mécanisme de l'instinct, et qui constituent à proprement parler le libre arbitre, la personnalité et l'individualité humaine au milieu du type de l'homme en général. Ce sont les facultés supérieures de réflexion, de contrôle, de jugement, de discernement, de bon sens et de raison. C'est ce qui constitue pour l'homme, la boussole, le guide, le criterium, le gouvernail, le pilote, le pouvoir directeur, en un mot, qui dirige les autres facultés, qui s'en sert comme d'instruments plus ou moins dociles, pour tirer des conclusions, se déterminer, prendre un parti,

agir en vertu de motifs choisis, en un mot diriger sa conduite et sa vie. Eh bien, ce sens intime, ce verbe, ce phare lumineux qui éclaire tout homme venant au monde, s'obscurcit dans la tête de l'aliéné et l'abandonne aux mouvements irréguliers et aux flots changeants de ses facultés secondaires, sans boussole et sans pilote. C'est pourquoi l'aliéné ne sait pas gouverner sa vie, s'abandonne aux actes les plus irréguliers, se concentre dans son monde intérieur et heurte ainsi dans ses paroles et ses actes tous les usages, toutes les convenances sociales, blesse à chaque instant ce qu'on est convenu d'appeler le sens commun, heurte le monde extérieur et en est heurté, se réfugie dans son for intérieur, parcequ'il n'est plus en harmonie avec l'extérieur, manque de pondération et d'équilibre dans ses facultés, ne peut plus tenir la balance égale entre tous ses pouvoirs qui se combattent et abandonné sans contrôle au hasard de tous ses entraînements et de ses impulsions en sens divers, il est entraîné, malgré lui, dans le sens de ses facultés les plus

puissantes, ou de ses facultés maîtresses. C'est ce que l'on a exprimé sous la forme générale en disant que l'aliéné a perdu son libre arbitre ou le pouvoir de se diriger, de se gouverner, de se refréner, de maintenir l'équilibre et l'harmonie au milieu de ses facultés et de ses idées ou sentiments disparates et de gouverner sa conduite et ses actes. C'est ce que l'on a exprimé encore dans toutes les langues et depuis la plus haute antiquité en disant que l'aliéné est un être privé de raison, c'est-à-dire de la plus haute expression de jugement, ou de la pondération entre toutes les forces ou idées contraires et que l'on désigne vulgairement sous le nom de Bon sens. L'aliéné est étranger, alienus, au milieu du monde; il se crée à lui-même un monde à part et il ne craint plus de blesser tous les usages, toutes les convenances, toutes les idées reçues, en un mot le sentiment universel de l'humanité. Aussi Mr Lasègue a-t-il eu raison de dire et de répéter sur tous les tons dans ses cours que l'aliéné est un être abaissé, au point de vue intellectuel comme au point de vue moral. L'aliéné conserve le plus souvent les facultés secondaires de l'intelligence et il peut encore

briller par la mémoire, par son esprit, par son imagination et même par la logique : on en voit tous les jours des exemples, n'en déplaise aux gens du monde qui se sont faits de l'aliéné un portrait de fantaisie ; mais ce qui manque à tous les aliénés sans exception, ce qui les distingue des autres hommes en général, c'est la raison, le bon sens, le jugement, le discernement, c'est-à-dire les facultés supérieures de contrôle, qui rendent l'homme vraiment supérieur par rapport aux autres êtres de la création, ce qui le rend perfectible, ce qui fait les hommes forts, les hommes de génie et ce qui établit la supériorité incontestable et incontestée de certains hommes sur tous leurs semblables. Eh bien, ce qui est vrai de l'intelligence, l'est également du caractère, l'aliéné est un être abaissé moralement comme intellectuellement : il n'a ni affection pour ses parents et pour ses amis, ni dévouement pour l'humanité ; il n'est pas capable de grands sacrifices, d'abnégation, de courage, d'actions d'éclat, ou de persévérance dans le bien ; il est découronné de ses grandes

facultés intellectuelles : Ce n'est plus le roi de la création; c'est un roi déchu, privé de toutes les facultés qui faisaient sa grandeur et sa suprématie sur les autres hommes et sur le monde. Il est égoïste, petit, misérable; ne s'occupe que de lui-même et de petites choses; il se fait le centre de l'univers, mais il ne voit l'univers que par le petit coté de la lorgnette, tout est vu par lui à travers le prisme apétissant de son esprit affaibli et de son cœur sans largeur et sans battements chaleureux; il n'est plus capable ni de grandes idées, ni de grands sentiments, ni de grandes actions; il est égoïste et concentré en lui-même, dans le cercle rétréci du monde nouveau qu'il s'est créé : son regard est tourné en dedans et non en dehors et il n'est plus capable de déverser au dehors avec libéralité les trésors de son ame. Qu'on me cite un acte de dévouement, de courage ou de sacrifice accompli par un aliéné et je dirai qu'il a cessé d'être aliéné.

L'aliéné est un être déchu, privé par la maladie des facultés supérieures qui élèvent et ennoblissent l'homme moralement et intellectuellement !

2e Leçon.

(7 Décembre 1866.

Lésions générales des émotions, des sentiments et des penchants dans la folie.

7 Décembre 1866. Plan de la leçon sur les lésions des sentiments:

1°. Lésions générales des sentiments divisées d'après les trois types de la tristesse, de l'expansion et de l'obtusion ou indifférence.

2°. Lésions spéciales de sentiments: religion, amour, crainte, etc, ou de penchants, vols, meurtre, incendie, violence et rixe. — Monomanies cor=respondantes — Thèse de Bariod. — Facultés isolées; lésions distinctes; impulsions morbides.

3°. Lésions spéciales selon les périodes et selon les formes des maladies mentales:

Périodes: prédisposition ou individus

mal nés de Mr. Morel, tendances mauvaises, instinctives, cruauté pour les animaux : période d'incubation, d'état et de guérison : le retour des sentiments est l'indice le plus certain de la guérison.

Formes spéciales : Il est des formes plus spécialement caractérisées par les altérations des sentiments et des penchants : 1° formes impulsives ou affectives ; manie sans délire, folie morale ; excentricité : hypochondrie morale, maladie du toucher, exaltation maniaque de la folie à double forme : dans tous ces cas, ce sont les côtés affectifs de notre être qui sont surtout atteints, les maladies du caractère plutôt que de l'intelligence, mais celle-ci est également troublée et ce ne sont pas là de vraies monomanies affectives : il y a toujours un ensemble de lésions, complexité de symptômes : Nous les séparons actuellement abstractivement, comme on étudie la couleur ou les qualités extérieures des fleurs en les détachant de la plante elle-même : plus tard, nous les étudierons dans leur réunion naturelle.

10 Décembre 1866.

Résumé de la leçon sur les sentiments et les instincts.

J'ai voulu donner une simple idée générale de ce que peuvent être les sentiments et les penchants chez les aliénés. J'ai dû me servir des divisions adoptées par les psychologues et les moralistes pour faire l'analyse des facultés, mais en ayant le soin de prévenir que ces divisions ne sont bonnes que pour l'étude et ne représentent pas des forces réellement distinctes dans la nature : J'ai, de plus, ajouté que ces facultés, admises comme distinctes à l'état normal, ne sont pas lésées isolément par la maladie ; il n'existe pas de lésions isolées des sentiments et des instincts dans la folie, pas plus que des facultés intellectuelles ; il n'y a que des pré=
=dominances de lésions.

Esquirol et ses successeurs ont admis des monomanies affectives, instinctives,

correspondant aux divers penchants supposés lésés séparément et ont ainsi fait la monomanie du vol, du meurtre, de l'incendie, du suicide, de la religion, de l'amour ; mais ce n'est pas ainsi que l'on doit classer les espèces de folie d'après les divisions adoptées pour les facultés à l'état normal ; il faut chercher d'autres bases de classement reposant sur l'ensemble des faits et non pas sur quelques-uns seulement.

Ajouter à ces généralités sur les lésions isolées des sentiments et des penchants dans la folie, des généralités sur leur siège dans l'abdomen, le coeur ou le foie, d'après les anciens et dans le cerveau d'après Gall : sens émotif de Mr. Cerise ; délire émotif ou névrose, système ganglionnaire de Mr. Morel.

Après ces généralités sur les lésions de sentiments et de penchants isolées dans la folie, j'ai divisé ma leçon en trois parties :

1°. Lésions générales de la sensibilité dans la folie, sous les trois formes de l'exaltation, de la dépression et de l'obtusion ou indifférence.

2°. Lésions spéciales des sentiments en particulier : sentiment religieux ; sentiment de l'amour ; sentiment

de la crainte pris comme exemples; sentiments d'affection pour les parents et les amis. — Penchants au vol, au meurtre, à la violence ou au suicide: les actes correspondants à ces penchants sont bien plutôt le résultat de motifs différents que de la surexcitation pure et simple du penchant correspondant: énumérer les principaux motifs du vol, du meurtre, du suicide et de l'incendie et dire qu'Esquirol a eu de la peine à découvrir des exemples de monomanie instinctive vraie, après avoir com:menc é par en nier l'existence et par dire que le meurtre, comme le suicide, était toujours dû à des motifs, puisés dans les idées, plutôt que dans les sentiments et dans les impulsions.

3°. Lésions des émotions, des sentiments et des penchants, selon les périodes et selon les formes des maladies mentales.

<u>Périodes</u> : <u>de prédisposition</u> : enfants mal nés de Mr Morel, tendances mauvaises, instincts pervers en dehors de la loi commune; petits monstres au moral et petits prodiges

au point de vue de certaines facultés intellectuelles très-développées. Il faut les voir dans les pensions et dans les maisons de correction. Ils sont bizarres, fantasques et en dehors de toutes les lois de l'humanité normale.

<u>Incubation</u>; altérations des sentiments et du caractère dans l'incubation de la folie; nous y reviendrons plus tard.

<u>Période d'état</u>: Les sentiments sont altérés avant et plus fortement que l'intelligence et dans toutes les formes et le retour des sentiments affectueux est le meilleur signe de la guérison.

<u>Formes de maladies mentales</u> avec prédominance de lésions de sentiments ou de penchants: On a admis cela comme base des diverses variétés de folies instinctives ou impulsives, mais ces folies raisonnantes ou impulsives ne sont pas de véritables variétés: Ex: l'hypochondrie morale, la folie circulaire ~~et~~ la folie du toucher ou délire émotif de Mr. Morel, sur lesquels nous reviendrons.

7 Décembre 1866.

Analyse rapide du chapitre de Griesinger sur les lésions des sentiments.

1°. Le fait capital de la folie c'est que des dispositions de sentiments d'émotions ou d'idées se reproduisent sous l'influence de la maladie, par suite d'une cause interne et sans raison d'être puisée dans le monde extérieur. On est triste par suite d'une cause qui doit déterminer la tristesse, mais si cette tristesse n'est pas motivée ou si elle est plus forte et plus prolongée que ne le comporte la cause, alors il y a état maladif. C'est ainsi que l'on juge tous les autres phénomènes du système nerveux, le froid, le chaud, la douleur, la fatigue, etc.

La durée et l'intensité des phénomènes ont donc une véritable valeur pour séparer la raison de la folie et tout se résume dans le degré d'action de la cause externe et le degré de réaction de l'individu malade.

2°. Pour bien comprendre les états de l'âme chez les aliénés, il faut s'y transporter soi-même par la pensée, en prenant pour termes de comparaison certains états physiologiques. Les rêves, les émotions vives, la lassitude d'esprit, ou bien au contraire la gaîté et la surexcitation ainsi que les mouvements d'humeur qui se passent chez chacun de nous, peuvent donner une idée approximative de ce qui existe chez les aliénés, avec une plus grande intensité. Il est des phénomènes chez les aliénés dont nous ne pouvons pas nous rendre compte, mais il en est d'autres que nous pouvons comprendre. Le délire aigu fébrile, quand nous l'avons éprouvé, nous fournit aussi des termes de comparaison.

Anomalies des sentiments :

1°. La folie ne débute pas par des discours dépourvus de sens, mais par des changements de caractère, anomalies d'humeur, du sentiment de soi-même et états émotionnels.

Mauvaise humeur, mécontentement, oppression, anxiété : les nouveaux éléments qui envahissent le moi ne sont ressentis que comme des modifications dans les dispositions de l'esprit et du caractère.

État psychique douloureux, douleur morale qui a pour conséquence une réaction différente du sujet vis-à-vis du monde extérieur. Ils souffrent parce qu'ils sont péniblement affectés par tout ce qui les entoure : dégoûtés de tout et d'eux-mêmes, ils ne savent comment se soustraire à cette anxiété ; ils ont des haines et des antipathies non motivées ; ils ont conscience de cet état, en souffrent et craignent de devenir aliénés. C'est le stade mélancolique de Guislain.

2°. Les états morbides inverses, avec dispo:sition à la gaieté, à l'expansion ont aussi leurs analogues à l'état normal. L'âme s'épanouit dans un sentiment général de satisfaction, elle déborde et voit tout en beau. Il forme la base des formes de monomanie, de délire systématisé et de la première période de la paralysie générale. Mais la folie gaie est presque toujours précédée d'un stade de tristesse. Le malade, après une grande oppression du sentiment par une force supérieure, sent renaître toute sa vigueur et son énergie première qui se développent avec excès, à mesure

que le poids de la tristesse cesse de peser sur elles.

Il y a de plus d'autres anomalies de la sensibilité morale que l'on observe aussi chez les aliénés : le caractère, les goûts, les penchants changent du tout au tout : d'avares ils deviennent prodigues, de rangés dissipateurs ; le caractère se transforme ; excès de femmes et de boissons ; haines, antipathies violentes pour les personnes anciennement aimées ; défiance, soupçon pour les amis, les parents ; l'homme moral devient obscène ; le modeste orgueilleux et hautain : Il ne faut pas conclure de l'état du caractère pendant la maladie, à ce qu'il était auparavant. Il est des cas d'évolution lente où la folie n'est que l'exagération du caractère antérieur ; mais il en est d'autres plus nombreux où survient une transformation.

(Ajouter à cela ce grand principe de Mr Lasègue que les anomalies des sentiments chez les aliénés ne tiennent pas habituellement à l'augmentation d'intensité des penchants, mais à l'absence de contre-poids de la part des autres facultés : l'aliéné pèche par défaut, plutôt que par excès, et ce qui importe surtout, ce sont les caractères négatifs de son mal plutôt que les troubles positifs.)

3°. Jusqu'ici nous avons parlé d'une sorte d'irritabilité de sentiment, mais il est des états d'obtusion et même d'absence complète de sentiments: tout ce qui intéressait auparavant le malade lui devient indifférent; il dit lui-même qu'il n'a plus de cœur, qu'il ne sent plus palpiter son cœur, pour ses amis, ses parents; il est devenu profondément égoïste. Douleur et plaisir, amour et haine, tout lui est indifférent. Obtusion du sentiment et apathie dans certaines formes de la mélancolie chez les onanistes, les buveurs d'eau-de-vie, la stupidité et la démence.

6 Décembre 1866.

Sensibilité morale, sentiments, impulsions, penchants.

Les troubles de la partie émotive de notre être sont le fond et le fait initial de la plupart des maladies mentales, soit qu'elles résultent de l'action lente et successive de causes morales dépressives, soit qu'elles se produisent sous des influences physiques

débilitantes, les maladies mentales germent lentement sur un sol maladif préparé à les recevoir. Le malade a ou n'a pas conscience de cet état maladif, mais il est dans une sorte d'anxiété vague et pénible qui le domine malgré lui : tout se passe alors dans son for intérieur. Il sent surgir en lui involontairement des dispositions morales qui ne lui étaient pas habituelles; il se sent poussé à ressentir des sentiments de haine, d'antipathie, de répulsion, ou bien au contraire d'attraction, d'enthousiasme, d'abnégation, de dévouement et d'amour, auxquels il n'était nullement habitué avant sa maladie. Ces sentiments naissent en lui involontairement et le dominent malgré lui. Il sent qu'ils s'élèvent du plus profond de son âme et qu'il est entraîné à son insu. De même, il se sent poussé, entraîné malgré lui à des actes violents; il sent des frayeurs, des terreurs sans motifs; il sent des impulsions involontaires à briser, à discuter, à quereller, à la lutte et au combat; il se sent poussé au vol, à frapper, ou même à tuer; c'est alors qu'on voit surgir le phénomène bien étrange du dédoublement de la personnalité, si bien étudié par les auteurs mystiques. L'individu veut et ne veut pas;

il se sent attiré et repoussé tout à la fois; il a peur des couteaux, des rasoirs, des fenêtres ouvertes; il craint tout et plus il le craint, plus il se sent attiré. C'est une lutte intérieure des plus pénibles. Les émotions se succèdent et se remplacent; elles changent d'objet et de nature, mais la peur et la terreur dominent et le moral est balloté intérieurement comme les flots de la mer.

Faire l'histoire successive du sentiment religieux, du sentiment de l'amour et de la terreur panique. Décrire, à propos de la mort d'une personne aimée, la tristesse normale, par opposition à la tristesse maladive.

Tendance égoïste de tous les aliénés: toute leur sensibilité est concentrée en eux-mêmes; ils sont incapables de dévouement, d'abnégation, de sacrifice. Mr Lasègue a raison de dire qu'ils sont abaissés moralement: Ils sont capables de tous les mauvais sentiments et de toutes les mauvaises passions, surtout les aliénés raisonnants et persécuteurs. Il n'est pas de choses pénibles qu'ils n'inventent et ils sont capables des plus

mauvais traits ; ils passent pour méchants et ils ne sont que malades. Rapports entre le crime et la folie.

Les aliénés nés de bonne heure avec de mauvais instincts et qui vont souvent dans les maisons de détention et dans les prisons : cette inégalité des qualités morales est souvent un signe de prédisposition à la folie et dans les collèges ou les prisons de jeunes détenus, on peut étudier et juger de bonne heure ces individus mal nés et voués au crime ou à la folie.

Les anciens plaçaient le siège des sentiments et des penchants dans le foie ou dans les organes sous-diaphragmatiques et ils faisaient dériver la mélan=colie de la bile noire, l'hypochondrie des hypochondres. D'un autre côté, tout le monde sait que les maladies abdominales et surtout celles des organes génito-urinaires donnent lieu à la tristesse. Était-ce simple métaphore, comme les poëtes plaçant les sentiments dans le cœur, au lieu de la tête, ou résultat d'une véritable observation physiologique et pathologique ? Il est probable que ce dernier élément avait joué un rôle véritable dans la formation de cette opinion si générale ; car beaucoup

de faits physiologiques et pathologiques viennent à l'appui de cette idée. Les dispositions particulières de la sensibilité et les idées spéciales qui surgissent dans l'esprit des jeunes gens et des jeunes filles sous l'influence de la puberté; celles qui renaissent pé:
:riodiquement chez tous les hommes sous l'influence d'une pléthore spermatique, ou chez les religieux par suite de la continence; les cauchemars pénibles se produisant dans les rêves pendant une digestion pénible; les irritabilités de caractère qui sur:
:viennent par suite de la constipation opiniâtre et qui rendent certains hommes inabordables le matin, comme Richelieu et tant d'autres avant la première garde-robe; les dispositions si variables des femmes pendant la période menstruelle et pendant la grossesse (envies des femmes grosses); les dispositions de caractère bilieuses et colères de ceux qui ont une prédomi:
:nance du système hépatique; les caractères différents correspondants d'une manière assez habituelle aux différents tempéraments physio:
:logiques (bileux, nerveux, lymphatique et

sanguin); les dispositions à tout voir en beau, à l'activité exagérée et à l'expansion qui s'observe dans les maladies pulmonaires et thoraciques, les émotions profondes, les chagrins et la sensibilité vive liées aux maladies du cœur, tandis que les maladies abdo=minales déterminent toujours la tristesse, l'abattement, le caractère sombre et les passions tristes, tous ces faits et beaucoup d'autres de même nature prouvent surabondamment les rapports naturels qui existent entre le tempérament physique et le tempérament moral, sous le rapport du caractère et de la partie affective de notre être et partant l'influence des organes autres que le cerveau sur les dispositions morales de notre âme. L'organisme humain est un tout dans lequel l'état des divers rouages contribue au résultat général et où l'on doit tenir compte de l'ensemble des fonctions pour juger avec vérité le caractère d'un individu. Eh bien, tout cela prouve que si le cerveau est comme l'a démontré Gall et comme le croient tous les auteurs modernes, le siège réel des facultés affectives, l'état des autres organes contribue néanmoins à faire naître en lui des émotions, des dispositions morales qui

prennent leur origine première en dehors de ces organes. Mr. Cerise surtout a insisté dans son livre sur les fonctions nerveuses, sur le rôle du système nerveux ganglionnaire dans la production des émotions et il en a fait un sens particulier auquel il a donné le nom de <u>sens émotif</u>. Mr. Morel vient de faire dans les Archives de médecine un mémoire sur le délire émotif ou névrose du système nerveux ganglion=naire. Le Dr. Griesinger dans son excellent traité des maladies mentales a beaucoup insisté sur tous ces faits et fait des lésions de la sensibilité morale dans les diverses formes de la folie, une étude particulière. On ne peut donc dans l'étude des maladies mentales négliger ce côté de la question, surtout dans toutes les formes dépressives et tristes (mélancolie, hypochondrie, maladies liées à la menstruation et à la grossesse) et dans toutes les folies impulsives ou avec prédominance de lésion du caractère, des affections, des sentiments et des penchants, telles que les folies instinctives raisonnantes, manie sans délire,

période d'exaltation de la folie circulaire ~~etc etc~~).

Après avoir indiqué les lésions générales des sentiments et des penchants dans la folie, il est donc bon et utile d'indiquer rapidement les caractères spéciaux de ces lésions affectives dans les formes spéciales de maladies mentales ci-dessus désignées.

14 Décembre 1866.

Les deux caractères principaux de l'aliéné sont d'être égoïste et rêveur, tandis que l'homme normal a une tendance constante à la sociabilité et à l'action. L'homme raisonnable est expansif et disposé à se répandre au dehors; l'aliéné au contraire rentre en lui-même, se recueille, fuit le monde, recherche la solitude et l'inaction. L'un rend des services, fait des actions, bonnes ou mauvaises, est fécond et productif; l'autre est négatif, inactif, inférieur, infécond, improductif et rumine sans cesse en lui-même les mêmes idées sans passer à l'action et sans que sa pensée se réalise.

Notes pour la seconde leçon sur les troubles des sentiments et des penchants.

Leçon du 7 Décembre 1867.

6 Décembre 1867.

Commencer la leçon par l'idée de la pathologie générale et de la pathologie spéciale, par l'aliéné envisagé en général et l'aliéné envisagé par espèces. Commencer par les généralités que l'on peut faire raisonnablement sur l'aliéné, au point de vue médico légal, au point de vue des caractères communs à tous les aliénés des phénomènes négatifs et au point au point de vue de la séquestration. Donner les idées générales indiquées par Mr Lasègue sur l'aliéné.

6 Décembre 1867.

A propos des sentiments, des émotions et des penchants, dire que ces manifestations impulsives des aliénés sont le plus souvent temporaires et périodiques et y rattacher la question plus générale des aliénés dangereux. Cette idée de la périodicité appliquée aux manifestations instinctives et impulsives, pourrait à elle seule défrayer toute une leçon, au point de vue de la clinique, des actes des aliénés et de la médecine légale. C'est toute la partie si négligée de l'étude de l'homme impulsif et émotif mise à côté de celle de l'homme intellectuel.

6 Décembre 1867.

La passion normale et la passion maladive.

Une idée principale à développer dans la leçon sur les sentiments et les penchants, c'est celle de la différence essentielle qui existe entre les passions normales et les passions maladives. Les aliénés n'ont pas de passions, comme on l'imagine à tort, depuis le commencement du siècle. Pinel, dans son livre, Esquirol, dans sa thèse sur les passions, ont voulu

calquer la pathologie morale ou affective de la folie sur celle de l'homme normal, sur celle des littérateurs et des romanciers et ce n'est pas du tout la même chose. Il y a sans doute dans les romanciers des types maladifs, qui sont sur la limite de la raison et de la folie, les Obermann, les René, les Werther. Ce sont là des types à moitié patholo=gigues, mais ce ne sont pas encore les vrais types que l'on trouve chez les aliénés véritables. L'aliéné vrai ne s'arrête pas aux grandes passions qui agitent l'humanité : il n'est pas réellement jaloux, amoureux, religieux, haineux ou vindicatif ; il est petit, mesquin, s'occupant de niaiseries, de choses insignifiantes, accessoires : il n'est pas frappé par les grands faits, par les choses principales ; il recherche, dans son passé, de petites choses, des détails infimes, des choses indignes de l'attention des hommes de sens et c'est là dessus qu'il base ses conceptions, qu'il portera son attention et sa passion au petit pied. Il n'est pas agité par les grands mobiles qui remuent les grandes passions et poussent

aux grandes actions; il est petit, mesquin, craintif, dissimulé, entêté et n'a pas le courage de son opinion. Ce sont les passions négatives, l'inertie, l'impuissance, la résistance passive qui le dominent et non les puissants instincts, les nobles dévouments, les grands sacrifices ou les décisions puissantes et énergiques. Il est maximus in minimis, mais il n'est jamais grand et généreux.

On peut introduire incidemment dans la leçon l'idée du délire émotif décrit par Mr. Morel et de la dysphrenia neuralgica de Schüle. Ces faits qui sont sur la limite de la raison et de la folie et qui constituent la première période de beaucoup de mélancolies, représentent d'une manière très-claire et très-évidente le début des aliénations mentales par les émotions instinctives et par les impulsions. C'est, comme l'a dit Mr. Lasègue, un chapitre incomplet, mais un premier chapitre de l'histoire des troubles affectifs dans la folie, étude si négligée et qui est presque tout entière à créer. Il est donc possible d'y puiser des éléments nombreux et très-utiles pour l'histoire symptomatique générale des troubles sentimentaux, émotifs et instinctifs dans les maladies

mentales. Ces études ont surtout l'avantage inappréciable de faire assister à la naissance, à l'origine première de ces troubles de la sensibilité morale, de montrer leur spontanéité, leur naissance instantanée et non provoquée, leur évolution et leur coïncidence constante avec des troubles physiques de tout ordre et principalement de la sensibilité générale, du cœur, de la région précordiale et de l'abdomen ou du système nerveux ganglionnaire. Il y a là toute une étude clinique à faire de ces perturbations primitives du système nerveux qui servent de base aux maladies mentales, en constituent la première période et sont le véritable sol sur lequel germent, comme sur leur sol naturel, les conceptions intellectuelles ultérieures qui germent sur le fond maladif de la sensibilité.

Esquirol a donné de l'érotomanie un portrait tout à fait erroné et basé sur quelques faits incomplètement observés ou pris parmi des exceptions très-rares. Ce n'est pas là la description vraie des impulsions ou des sentiments érotiques, comme ils se présentent chez les aliénés.

l'aliéné, ayant des idées érotiques, ne ressemble en rien à l'homme réellement amoureux. Les deux portraits ont été copiés l'un sur l'autre et n'ont au fond aucune ressemblance. Ce sont deux types complètement différents. L'aliéné poursuivant l'objet aimé de ses vœux, de ses obsessions, de ses lettres et de ses questions naïves ou indiscrètes, est un type tout particulier qui n'agit pas du tout comme l'amoureux ordinaire (Citer comme exemple le type très-frappant de Mr. Créca poursuivant une femme qu'il n'a jamais vue, ou dont il a simplement entendu parler. Il cultive sa pensée, son rêve, son idéal bizarre et non la personne réellement existante: Et la preuve, c'est que l'événement le plus insignifiant suffit chez lui pour détourner cette tendance de son objet et la reporter sur un autre avec la même ardeur. Ce qu'il poursuit, c'est sa conception fantas=tique, son idéal singulièrement configuré, créé par son imagination maladive et nullement l'être réel qui n'a servi qu'à donner une étiquette ou un nom à son idée. Lisez ses lettres, écoutez ses conversations et voyez combien elles sont ridicules, contradictoires, contraires à son but et frappées au coin d'une tête

faible et troublé bien plus que d'un sentiment vif, vivace, énergique et marchant à son but avec avec la volonté de l'atteindre et les moyens ap=propriés pour y parvenir. Quelle faiblesse radicale dans l'esprit et le cœur de l'aliéné et combien Mr. Lasègue a raison de dire que les aliénés sont des êtres inférieurs sous tous les rapports des êtres, <u>abaissés</u> intellectuellement et moralement, des parias dans la société, incapables de tout sentiment grand et généreux !

<u>6 Décembre 1867.</u>

<u>Le délire religieux au moyen-age, n'était qu'une autre forme du délire de persécution.</u>

A propos du sentiment religieux chez les aliénés, on peut prendre pour type l'histoire de la sorcellerie et des idées religieuses au moyen-age. Les idées du diable, de la possession, ou de la domination par une puissance étrangère, ou supérieure, existent encore aujourd'hui chez beaucoup d'aliénés et se traduisent encore, surtout dans les campagnes ou

dans les points éloignés des grands centres de population, sous cette même forme qu'au moyen-âge. Mais, alors même qu'elles changent de formes, qu'elles se présentent sous la forme de la physique, du magnétisme de la police, des sciences occultes, ou de toute autre puissance mystérieuse, le changement de forme n'empêche pas le fond de rester le même. Ce qu'il faut donc voir chez les aliénés, ce sont ces dispositions fondamentales permanentes, qui peuvent revêtir, selon les époques ou selon les pays, les formes les plus diverses, mais qui conservent en somme les mêmes caractères fondamentaux, qui sont la marque véritable de la maladie. C'est ainsi qu'il conviendrait de faire scientifiquement l'histoire de la sorcellerie au moyen-âge. Il y a chez les sorciers toutes les formes possibles des maladies mentales, telles que nous les observons aujourd'hui; car les maladies mentales ne changent pas de caractères et sont toujours les mêmes, au fond, dans tous les siècles et dans tous les pays. Il y a parmi les sorciers des maniaques, des mélancoliques, des monomaniaques, des déments, des folies hystériques, épileptiques, hypochondriaques, et même peut-être des paralytiques. (Ce qui serait très-curieux à rechercher

historiquement). Mais ces diverses formes fondamentales ont revêtu le cachet particulier de l'époque et presque toutes portent l'empreinte des idées religieuses régnantes sur le diable, la possession, ou les anges et le bon Dieu.
On pourrait donc, comme on l'a dit souvent, que le délire religieux était extrêmement fréquent au moyen-age (le plus fréquent de tous), tandis qu'il a considérablement diminué de nos jours, de même que la démonomanie, surtout dans les grandes villes. Eh bien, ceci n'est pas exact : ce n'est pas là des sentiments religieux, des idées religieuses, c'est en réalité le délire de persécution, sous ses diverses formes, aussi fréquent au moyen-age qu'aujourd'hui, surtout chez les femmes, et qui n'a fait que changer de forme, changer de livrée, en restant absolument le même au fond !!!

10 Décembre 1866.

Plan de la 3e Leçon.

Troubles généraux de l'intelligence et des facultés intellectuelles dans la folie.

Le trouble des facultés intellectuelles qui apparaît après celui de la sensibilité, est néanmoins le plus apparent à tous les yeux et celui qui sert surtout à caractériser cette maladie. Aussi est-il généralement mieux connu et plus étudié.

I. Trouble général. Deux états opposés qui servent de base aux deux formes principales des maladies mentales : Etat d'exaltation de toutes les facultés : fécondité d'idées, succession rapide ; le malade voit tout en beau ; il a conscience de cette faculté plus grande à concevoir des idées, de cette multiplicité plus grande de pensées et d'image ; il se sent différent de lui-même ; il écrit, il parle, il compose des vers etc ; le langage devient imagé et poétique ; les idées se succèdent avec une grande rapidité, se choquent et se heurtent et dans ce travail rapide de la pensée, une idée nouvelle

surgit avant que l'idée précédente soit complètement exprimée : delà une tendance à l'incohérence de plus en plus grande à mesure que l'on monte par degrés l'échelle de l'excitation. Cet état à ses analogues chez l'homme normal.

État de dépression. Lenteur extrême de circulation des idées : peu d'idées ; le malade sent son impuissance ; il la constate avec douleur et sent la difficulté à trouver les mots et les idées. Il y a aussi des états analogues chez l'homme normal et dans diverses maladies nerveuses.

État de débilité. Ce n'est plus seulement de la lenteur, c'est de la faiblesse ou de la nullité. Griesinger a eu raison d'en faire la base d'un 3e état mental pour les formes chroniques. Divers degrés de la démence ou de la stupidité ou idiotisme accidentel. L'état de faiblesse se juge surtout par les faits négatifs : l'aliéné est au-dessous de lui-même. Ex : la démence commençante de la paralysie générale et l'affaiblissement intellectuel des périodes de rémission avec simple débilité.

II. Lésions spéciales de facultés. Elles ont

été étudiées avec beaucoup de soin par les aliénistes psychologues. Symptomatologie de Mr. Parchappe : Etudes psychologiques de Mr. Renaudin : Journal de Mr. Delasiauve. Travaux de Mr. Billod, lésions de la volonté. Nous avons dit que ce n'était pas là notre direction, mais nous devons en dire quelques mots en faisant de la pathologie générale qui consiste à abstraire artificiellement certains faits détachés pour l'étude de l'ensemble auquel ils appartiennent et sont intimement

<u>Mémoire</u>. Variétés diverses de lésions de la mémoire : exaltation et faiblesse, divers degrés et diverses formes d'Amnésie. Amnésie des mots base de l'Aphasie. Entrer dans quelques détails extraits de l'article Amnésie. – Mémoire des convalescents.

<u>Attention</u>. Ce n'est qu'une application de la volonté à un objet. L'école phrénologique en a fait un attribut de toutes les facultés et non une faculté spéciale. Esquirol, à la suite de Condillac et de Laromiguière, a voulu en faire la base d'une classification des aliénés ; mais c'est une erreur ; c'est la volonté qu'il aurait dû considérer plutôt que l'attention.

Des Illusions chez les aliénés.
4e Leçon.
14 Décembre 1866.

---

14 Décembre 1866.

Plan de la 4e Leçon.
Fin des troubles de l'intelligence et Illusions chez les aliénés.

Les troubles de l'intelligence ont été divisés en trois catégories et nous en avons étudié deux. Il nous reste à dire quelques mots de la liberté morale, de la volonté, de la conscience, du sens intime et des facultés supérieures de raison chez les aliénés.

Terminer cette étude des facultés par leur hiérarchie sur deux rangs :

1er rang, instruments de l'intelligence, mémoire, association des idées, raisonnement qui persistent chez la plupart des aliénés.

2e rang, facultés supérieures ou facultés directrices, se résumant dans le jugement, le bon sens, la raison qui s'altèrent ou s'obscurcissent et dont

l'absence caractérise l'aliéné en général comme un être abaissé et étranger aux lois communes de l'intelligence humaine.

Après ces généralités sur la hiérarchie des facultés humaines, arriver à l'étude du développement des idées délirantes.

Deux procédés pour la naissance des idées à l'état normal : spontanéité, et mémoire, raisonnement ou association des idées.

Eh bien, il en est de même chez les aliénés : Exemple les maniaques et les aliénés partiels qui se chaussent d'une idée.

Mais ce procédé qui explique la naissance des idées temporaires et accidentelles, n'explique pas celle des idées prédominantes ou idées fixes. Les idées germent lentement et peu à peu sur un sol préparé à les recevoir ; elles sont appelées, cultivées par ce terrain particulier sans lequel elles ne pourraient germer et prospérer.

Trois périodes dans l'évolution des idées fixes : 1° période d'incubation ou d'élaboration ; 2° période de systématisation ; 3° période chronique ou d'immobilité

pendant laquelle le délire est systématisé, puis stéréotypé.

14 Décembre 1866.

Analyse de la leçon de mon père sur les Illusions.

On a désigné sous le nom d'Illusions certaines erreurs des sens et certaines déceptions de l'esprit.

Le mot hallucination, appliqué par les auteurs précédents à la folie en général, au délire, aux lésions de l'imagination ou aux visions, a été nettement limité par Esquirol et distingué des Illusions.

Définition de ces deux mots par Esquirol. Il admet la sensibilité exaltée ou pervertie des extrémités nerveuses dans les illusions et c'est pourquoi il se sert du mot illusions des sens. Donc, d'après Esquirol, l'illusion repose sur deux caractères: 1° Lésion des sens; 2° Existence d'une impression actuelle. Dans l'hallucination, au contraire: 1° Lésion du cerveau; 2° Absence d'impression

actuelle.

Pour nous, nous n'admettons pas le premier caractère distinctif; nous n'admettons que le second. Les deux phénomènes sont intellectuels ou cérébraux et non sensoriaux. Les Illusions dans lesquelles il existe réellement une lésion des sens sont une très faible exception; et en admettant même que le sens fournisse un élément quelconque à l'illusion, ce n'est qu'un élément secondaire et accessoire et la cause réelle est dans le cerveau et dans la lésion des facultés intellectuelles. Avant d'approfondir ces caractères communs et différentiels entre les illusions et les hallucinations, il faut commencer par les étudier cliniquement.

1° Illusions des sens.

Illusions d'optique: elles sont normales quoique la perception soit une erreur: une tour carrée, vue de loin, paraît carrée, un bâton plongé dans l'eau semble brisé au point d'immersion, le rivage semble fuir quand on est en bateau; dans les pays montagneux, on prend souvent des nuages pour des montagnes et les panoramas et dioramas bien faits nous illusionnent complètement sur les dimensions et les distances des objets.

Il ne peut être question de ces faits dans la pathologie mentale.

On ne peut commencer la série des faits que par des illusions anormales dénotant un état maladif ou une indisposition passagère, soit du cerveau qui perçoit, soit du sens qui est impressionné.

Ex: le tintouin, la paracousie, la berlue, la nyctalopie. Dans la berlue on voit des filaments, des lignes ou des taches diverses, qui imitent des animaux, s'éloignent ou se rapprochent. C'est ce qui a lieu dans certaines variétés d'amauroses et dans certains délires toxiques: étoiles, gerbes de feu, lumières étincelantes: dans certaines ophthalmies tous les objets semblent revêtir une teinte rouge.

Dans cert. malad. de l'oreille interne, on entend des bruits de souffles, de cloches. Dans les affections de la muqueuse nasale on éprouve des sensations odorantes singulières. De même lorsqu'on soumet l'extrémité d'un nerf spécial à l'électricité.

Mais dans tous ces cas, pour que l'illusion devienne un symptôme de délire, il faut que le jugement soit complice de l'impression produite par le sens. Lorsque les impressions fausses produites par les sens sont rectifiées par le jugement, elles ne font plus partie de la pathologie mentale. Ce sont alors des perceptions subjectives et non des illusions.

En résumé, il y a des illusions des sens et des illusions de l'intelligence. Si cette distinction avait toujours été faite, on n'aurait jamais pu confondre les illusions des sens avec les hallucinations et les illusions de l'intelligence en auraient été naturellement rapprochées.

Illusions de l'intelligence.

Comme exemples de ce genre d'illusions nous pouvons citer la vue d'un moulin à vent transformée en géant. Don Quichotte, dominé par les idées de chevalerie, veut un adversaire digne de lui ; il ne rêve que combats ; il rencontre un moulin et celui-ci se transforme dans sa pensée en l'image du géant qu'il a rêvé : la sensation n'est alors que l'occasion d'une erreur dont la cause est dans l'esprit.

Exemples d'Illusions intellectuelles à l'état physiologique. Personnes nerveuses, faciles à émouvoir, à imagination vive et féconde, lorsque leur esprit est dans l'attente, sous l'influence de la prévention, du désir ou de la crainte. Un objet vaguement tracé devient un homme ou un animal; un bruit lointain devient le son du canon ou l'harmonie d'un concert; conformément à une préoccupation ou à l'image qui s'offre la première à l'esprit : Ex : de Fontenelle : Personnes nerveuses, laissées seules pendant la nuit, voient partout des fantômes.

En un mot, toutes les impressions faites sur les sens reçoivent le coloris de la prévention. Mais ce monde fantastique qui subjugue l'esprit, ne pourrait surgir sans une impression et c'est en cela que les illusions diffèrent des hallucinations.

Illusions chez les aliénés. On peut en admettre trois espèces :

1° Illusions des sens : les sens sont névrosés, troublés d'une manière quelconque : les sensations arrivent incomplètes et confuses

à l'esprit, qui, troublé lui-même, ne peut les rectifier comme il le ferait à l'état normal. Cette espèce d'illusion, qui semblerait devoir être assez fréquente, ne peut être diagnostiquée avec certitude. Comment, en effet, s'assurer de la participation du sens dans l'illusion? On ne peut la constater directement et on ne peut ajouter foi au rapport des malades. Seulement, on peut supposer qu'il en est quelquefois ainsi chez les aliénés d'après ce que l'on a observé dans les illusions des sens à l'état normal par suite d'une maladie nerveuses des organes des sens.

2°. Illusions de l'intelligence. La part de l'esprit malade est presque tout et la constatation en est plus facile, puisqu'il suffit de constater l'impression extérieure.

Illusions par substitution. Le sens devient tributaire de la pensée et subit l'action de l'esprit. Il y a à la fois lésion de l'imagination et du jugement comme dans l'hallucination. C'est la préoccupation de l'esprit qui se répercute sur le monde extérieur: c'est donc une création imaginaire de l'esprit à l'occasion d'une impression réelle, seule différence qui

distingue ce phénomène de l'hallucination.
Ex: Géant substitué à moulin à vent: visage de personnes anciennement connues substitué à celui de personnes présentes: le plus simple trait de ressemblance suffit pour obscurcir la réalité et faire disparaître l'objet perçu devant l'objet imaginaire.

Illusions mentales ou par erreur de jugement. Ce sont les plus fréquentes. L'impression reçue et transmise au cerveau est normale; seulement l'esprit malade juge mal la nature de l'impression reçue et l'interprète à l'aide des idées fausses qui le préoccupent. Ici l'imagination n'a aucune part au délire. Le jugement et toutes les facultés qui y coopèrent sont seuls altérés. Donc, elles se distinguent nettement des hallucinations.

De ce genre sont presque toutes les illusions internes: les aliénés éprouvent des douleurs dans diverses parties du corps et au lieu de les considérer comme un fait maladif, ils les interprètent à l'aide des idées qui les préoccupent; par exemple

ils les attribuent à leurs ennemis, à la police, au diable, au magnétisme, à l'électricité, etc, etc. Ce sont des interprétations délirantes et qui ne diffèrent du délire d'interprétation proprement dit, qu'en ce sens que l'esprit interprète faussement des sensations internes ou externes qu'il éprouve, au lieu d'interpréter des idées qui surgissent dans son esprit ou qui sont exprimées devant lui par la parole; dans un cas le malade juge mal une sensation et dans l'autre une idée conçue par lui ou exprimée en sa présence par les autres hommes à l'aide de la parole.

Illusions étudiées dans les différents sens.

Vue. Elles sont très fréquentes chez les maniaques: ils trouvent dans tous les objets extérieurs de nombreuses causes d'illusions. La moindre nuance suffit pour donner lieu aux interprétations les plus étranges. 1° Certains malades croient voir les lettres chevaucher les unes sur les autres, en lisant ou en écrivant. "Comment voulez-vous que j'écrive, disait une malade? à mesure que je forme des lettres, mes ennemis les font voltiger devant mes yeux."
2° Un capitaine voyait dans le marbre de la cheminée des serpents. La vue du ciel donne lieu à des illusions:

Ex: la malade d'Esquirol qui prenait un nuage pour une armée ou pour des ballons. Des malades font collection de cailloux comme de pierres précieuses. Une malade maniaque voyait la figure de quelques-uns de ses parents dans tous les visiteurs. Ces diverses illusions peuvent être classées. Il y a substitution dans le nuage pris pour une armée ou pour des ballons.

Des illusions chez les aliénés.

Les illusions et les hallucinations sont des phénomènes intellectuels.

Opinion d'Esquirol; il a attaché trop d'importance à la lésion des sens dans l'illusion.

Illusions d'optique, des sens et de l'intelligence. Exemples analogues dans l'état normal.

Trois espèces d'illusions chez les aliénés: 1°. par lésion des sens; 2°. par substitution d'une image ancienne à une impression actuelle; 3°. par erreur de jugement à l'occasion d'une sensation réelle.

Illusions de la vue, de l'ouïe, de l'odorat,

du goût et du toucher : illusions internes.

Longue persistance de certaines illusions chez les aliénés.

Conclusion.

Exemples d'Illusions.

Vue. Innombrables chez les maniaques; delà la nécessité de les placer dans des chambres presque obscures et avec monotonie des impressions. Néanmoins la plus simple nuance de couleur ou de ton suffit pour donner lieu à des illusions.

Premier genre d'illusions, lettres chevauchant les unes sur les autres, tableaux mouvants, objets se détachant.

2e genre : veines de marbre transformées en serpents et vipères; nuages pris pour un corps d'armée ou des ballons; collections de cailloux, de coquillages, pris pour de l'or ou des pierres précieuses.

3e genre : une maniaque voyant dans les visiteurs ses protecteurs ou ses persécuteurs.

Ouïe. Delirium tremens et manie. Le sens acquiert une sensibilité extrême. Le plus léger bruit devient le canon ou la tempête. Cloches, tambour

deviennent très-pénibles pour les malades qui se bouchent les oreilles. Dans ces cas, la vivacité maladive du sens appelle l'erreur de jugement.

2e genre : Une malade de la Salpêtrière conclut que les femmes qui l'entourent sont des hommes, parceque leur langage ne peut être celui de leur sexe.

3e genre : Substitution de paroles qu'on croit entendre à celles que l'on entend réellement, fait très-fréquent chez les aliénés comme chez l'homme distrait et préoccupé. Cela tient dans la manie à la rapidité des idées et dans le délire partiel à la concentration.

Odorat. Sensibilité souvent exaltée dans les affections cérébrales au commencement de la folie. Refus des aliments ; sensations dues à l'état des organes de la bouche ou du pharynx.

Goût. Mêmes réflexions que pour l'odorat.

Illusions du tact. Peau siège de sensations très-variées : chaleur, picotements. L'aliéné

qu'on lui fait un mal affreux. — Chaleur brûlante, se croient victimes de chauffeurs. Douleur à la cuisse, on se plaint d'avoir subi de mauvais traitements; hémorrhoïdes coupables. — physique, électricité.

Illusions internes. Très-fréquentes chez les hypochondriaques. La douleur est jugée à travers le prisme du délire.

Idées sur les Illusions extraites de Griesinger, p. 97 et 98.

Exemple d'illusions: prendre pour un char de feu, un nuage brillant; voir un inconnu et croire que c'est un ancien ami.

Les illusions sont de fausses interprétations, et des transformations d'une sensation périphérique.

Il n'est pas nécessaire pour que cette sensation se produise qu'elle ait une cause dans le monde extérieur; elle peut naître aussi dans l'organisme même. Ainsi, les fausses interprétations auxquelles sont soumises les douleurs périphériques (névralgies rhumatismales) sont rangées parmi les illusions; par exemple l'idée

d'une grossesse, par suite de sensations inaccoutumées dans le ventre; ou encore ce fait rapporté par Esquirol (T. I.) d'un malade qui ayant des douleurs dans un genou, frappait dessus avec son poing, en répétant sans cesse: "Oh! Scélérat, tu ne t'en iras pas!" (Il croyait qu'il y avait un voleur dans son genou).

Dans le sens du goût et dans la sensibilité de la peau la distinction entre l'illusion et l'hallu:
:cination n'est souvent pas possible.

Griesinger pense que, même pour les autres cas, ne considérer l'illusion que un faux jugement, c'est une manière de voir trop restreinte. — Selon lui, ce sont, <u>dans la plupart des cas</u>, de véritables transformations, des impressions transmises par les organes des sens. Quand, par exemple, il semble voir un portrait accroché au mur, rouler les yeux ou sortir de son cadre, ou bien lorsque le visage d'une vieille femme paraît jeune et beau, les images internes se substituent aux images externes.

Une question principale à traiter à propos des Illusions est celle-ci : l'illusion est-elle simplement une erreur de jugement ou bien y a-t-il dans ce phénomène un élément sensoriel, une fausse sensation ? Griesinger a abordé brièvement ce sujet dans son traité (p. 98) et Mr. Baillarger a insisté sur cette distinction dans une note (même page). Mon père, au contraire, dans ses leçons, a eu le soin d'admettre trois catégories différentes d'illusions, les unes par erreur des sens, les secondes par faux jugement et les troisièmes par substitution d'une sensation subjective à une sensation vraie. Les linéaments de cette distinction se trouvent en germe dans le traité de Griesinger et dans la note de M. Baillarger.

Griesinger dit que <u>des images internes se substituent aux perceptions réelles</u>.

4.e Leçon sur les Illusions.
14 Décembre 1867.

---

12 Décembre 1867.

Exemples d'Illusions fréquentes chez les aliénés:

1.° Prendre des personnes qu'on n'a jamais vues pour des personnes connues, pour des amis ou des parents et persister dans son erreur, malgré les preuves les plus nombreuses du contraire. Une des persistances les plus grandes sous ce rapport est celle de cette femme citée par Guislain qui prit pendant des années une idiote pour son fils.

2.° Prendre les femmes qui vous entourent pour des hommes déguisés ou pour des femmes de mauvaise vie. C'est là une illusion très-fréquente chez les malades de la Salpêtrière.

3.° Interpréter contre soi et en leur attribuant un sens caché et mystérieux, tous les signes et tous les gestes insignifiants des personnes que l'on voit

autour de soi.

Analyse de l'article d'Esquirol sur les Illusions.

Les aliénés croient voir, entendre, etc, sans qu'aucun objet soit à la portée de leurs sens; c'est là un phénomène cérébral; les sens ne sont pour rien dans la production; c'est là l'hallucination. Elle a lieu sans que les sens fonctionnent et même quand ils n'existent plus. Dans ce cas le cerveau fonctionne seul et donne un corps, une actualité, aux images, aux idées que la mémoire reproduit, _sans l'intervention des sens_.

Dans les illusions, au contraire, la sensibilité des extrémités nerveuses est altérée (exaltée, affaiblie ou pervertie); les sens sont actifs; les impressions actuelles sollicitent la réaction du cerveau. Les effets de cette réaction étant soumis à l'influence des idées et des passions qui dominent l'esprit des aliénés, _les malades se trompent sur la nature et la cause de leurs sensations actuelles_.

Illusions fréquentes dans l'état de santé: tour carrée vue de loin paraît ronde; dans les montagnes, on les prend souvent pour des nuages; dans un bateau, le rivage paraît fuir.

Les hypochondriaques ont des illusions provenant des sens internes; ils se trompent sur l'intensité de leurs souffrances, sur le danger de perdre la vie; mais n'attribuent pas leurs maux à des causes qui répugnent à la raison, à moins qu'ils ne soient devenus

Les illusions, très-fréquentes chez les aliénés, les trompent sur les qualités, les rapports et les causes des impressions actuellement reçues et leur font porter des jugements faux sur leurs sensations internes et externes.

Trois conditions sont nécessaires pour la sensation: 1º intégrité de l'organe qui reçoit l'impression; 2º intégrité du nerf de transmission; 3º intégrité de l'instrument qui réagit sur cette impression.

Les illusions des sens reconnaissent aussi trois causes: 1º altération des sens;

2°. lésion des nerfs de transmission ; 3°. état anormal du cerveau. Si la sensibilité et l'activité des sens sont troublés, l'impression faite sur les sens par les objets extérieurs est modifiée ; si les nerfs de transmission sont lésés et si en même temps le cerveau est dans un état pathologique, il ne peut rectifier l'erreur des sens ; de là les illusions.

Chez les maniaques, l'attention trop mobile, trop fugitive ne peut permettre aux sens de s'arrêter assez longtemps sur les objets extérieurs, la perception est incomplète, et les maniaques se trompent sur sur les qualités et les rapports des objets qui les impressionnent.

Dans la monomanie, l'attention trop concentrée ne peut se porter successivement sur les objets étrangers aux préoccupations intellectuelles et affectives. Delà des illusions que la raison ne détruit pas.

Les passions, sources de tant d'illusions chez l'homme sain d'esprit, modifient les impressions des aliénés, donnent une direction vicieuse à la réaction de leur cerveau, et deviennent ainsi la cause de mille illusions chez les aliénés.

L'intelligence et les passions concourent donc, avec les sens, aux illusions des aliénés, mais les extrémités sentantes sont les véritables points de départ des illusions. Il y a toujours impression actuelle des objets extérieurs; impression des sens.

Après ces généralités, voyons les faits. Les illusions peuvent être divisées en illusions ganglionnaires et illusions des sens.

I. Illusions ganglionnaires. La sensibilité organique, les sensations internes provoquent souvent les illusions des aliénés. La peau est souvent aride, sèche, brûlante, etc. Delà des illusions. Indifférents aux températures extrêmes, se roulent dans la neige. D'autres se croient frappés, meurtris par le plus simple contact; on leur jette des substances ou des poisons qui les brûlent, les déchirent; d'autres crient quand on les touche du bout du doigt.

Observation d'un officier de 27 ans, devenu maniaque à la suite d'un verre d'eau-de-vie dans lequel on avait dissous de la poudre;

couché sur son lit, il disposait la paille en rond, la jetait par la croisée, croyant que chaque brin de paille était autant de becs d'oiseaux de proie. Le même malade prenait le pas des personnes du dehors pour celui de ses chevaux qui venaient manger la paille, et prenait les nuages pour des corps d'armée, se dirigeant tantôt du côté de l'Allemagne et tantôt vers l'Angleterre.

Les douleurs que les aliénés éprouvent dans diverses parties du corps sont souvent pour eux autant de causes d'illusions.

Exemples : Une demoiselle, âgée de 18 ans, ayant une douleur au sommet de la tête, s'imagine avoir un ver qui lui dévore le cerveau. La vue du cuivre la fait presque tomber en défaillance : rien ne pouvait la décider à toucher un objet en cuivre. On lui fit une incision à la tête ; on lui enleva un morceau de fébrine qu'on lui présenta pour ver ; un cautère fut placé trois mois au centre de l'incision et après ce temps, la douleur fixe, les illusions et les craintes de vert de gris, disparurent.

Un cas semblable se présenta à la Salpêtrière :

Une fille de la campagne se plaignait de douleurs fixes et très-aiguës, au sommet de la tête, qu'elle attribuait à la présence d'un animal, ce qui l'avait jetée dans la mélancolie avec penchant au suicide. Esquirol fit une incision sur le lieu de la douleur, montra un morceau de lombric et la malade fut guérie de son idée; mais ses compagnes s'étant moquées d'elle et lui ayant dit que c'était une plaisanterie, elle retomba malade.

Un général de division de 50 ans, pris de manie avec fureur, à la suite de douleurs rhumatismales: tantôt il accusait le soleil de ces douleurs et le menaçait d'aller l'exterminer; tantôt il souffrait dans le genou, le frappait à grands coups de poing, en répétant: "Ah! Scélérat, scélérat!" Il croyait qu'il recélait un voleur.

Une Dame de 30 ans, devenue hypochon=
=driaque, se persuadait que son cerveau était pétrifié. Plus tard, ayant senti sur le lit battre ses artères temporales, elle s'imagina que son cerveau était liquéfié et coulait comme

un torrent.

Les douleurs, gastriques, intestinales, les borborygmes, les troubles des évacuations alvines sont autant de symptômes qui donnent souvent lieu chez les aliénés à des illusions.

Ambroise Paré guérit un hypochondriaque qui croyait avoir des grenouilles dans l'estomac, en lui donnant un purgatif et en introduisant furti:
:vement des grenouilles dans les garde-robes.

Esquirol a fait la même chose à la Salpêtrière pour une malade qui ayant un cancer dans l'estomac, croyait y avoir un animal.

Une femme de la Salpêtrière qui depuis de longues années éprouve des douleurs abdominales, assure qu'elle a dans le ventre tout un régiment: lorsque les douleurs augmentent, c'est que les militaires se battent et la blessent.

Une femme de 58 ans.

5.e Leçon.

Leçon sur les Hallucinations.

Questions à signaler dans l'étude des Hallucinations.

1°. Les rapports avec l'état normal; états intermédiaires entre la santé et la maladie.

2°. Hallucinations dans les maladies autres que la folie; renvoyer leur étude aux diverses formes mentales.

3°. Hallucinations avec ou sans croyance; en rapport avec les idées d'une époque. Id. chez les personnages historiques.

4°. Hallucinations chez les sourds et les aveugles, perceptions subjectives chez les aliénés, transformées en illusions ou bien appréciées.

5°. Différence de point de vue des auteurs, selon qu'ils ont étudié l'hallucination de la vue ou l'hallucination de l'ouïe.

6°. Fréquence des hallucinations d'après

Esquirol et d'après mon père.

7°. Degré différent de conviction des malades selon l'intensité du phénomène et la période plus ou moins avancée de la maladie.

8°. Conditions physiques et morales qui favorisent la production des hallucinations. (Occlusion des sens, absence de contrôle, de la réflexion; surexcitation de l'imagination.

9°. Hallucinations de la vue, mobiles dans les délires toxiques; observées dans les maladies ordinaires du cerveau et dans les fièvres. Ordinairement isolées.

10°. Hallucinations de l'ouïe plus en rapport avec la pensée et observées surtout dans la folie.

Parallèle entre les hallucinations de la vue et celles de l'ouïe. Selon qu'on a étudié de préférence les unes ou les autres on arrive à telle ou telle théorie. Celles de la vue sont plus sensoriales et celles de l'ouïe plus intellectuelles; aussi les premières dominent-elles dans les états somatiques et cérébraux et les autres dans les formes chroniques de la folie.

Le meilleur moyen d'établir la filiation des

phénomènes entre la sensation réelle et l'hallu:
:cination vraie, consiste à interposer l'illusion comme terme intermédiaire entre la sensation bien perçue et l'hallucination des aliénés : 1er terme_ la sensation réelle normalement perçue telle qu'elle s'exécute à l'état normal et telle que l'aliéné lui-même l'éprouve pour la plupart des choses habituelles de la vie : 2e terme_l'illusion par erreur de jugement, c'est-à-dire l'interprétation erronnée d'une sensation normale ; croire par exemple que les gestes insignifiants accomplis en notre présence sont dirigés contre nous. 3°. Illusions d'optique tenant à une altération du sens externe qui apporte au cerveau des matériaux viciés par cause physique et que le cerveau percevant rectifie par un procédé indirect ou bien dont il devient dupe soit à l'état normal, soit à l'état maladif. 4° Perceptions subjectives, se passant dans le sens interne, c'est-à-dire dans la portion du cerveau correspondante à l'origine du nerf sensorial. Ce phénomène qui mérite d'être distingué de l'illusion ou de l'hallucination est

qui participe de l'un et de l'autre est le véritable point intermédiaire entre la sensation normale bien mal perçue et la sensation interne ou hallucination se produisant de toutes pièces dans le cerveau, sans participation du sens interne ou externe. C'est là le vrai trait d'union entre le monde intérieur et le monde extérieur. Eh bien, cette perception subjective peut donner naissance à une illusion par substitution, comme cela a lieu pour les sensations normales extenes. Or cette illusion par substitution est la transition naturelle pour arriver à l'hallucination vraie, attendu que la création véritable de l'image est dans l'esprit et le cerveau; le sens ou la partie cérébrale du sens ne fournit à la perception qu'un premier élément, une simple occasion pour se mettre en mouvement et la création se fait de toutes pièces dans l'esprit par le procédé de l'hallucination vraie.

5°. Véritables hallucinations psycho-cérébrales, se créant spontanément par une action de l'esprit sur lui-même comme dans le rêve; c'est le seul phénomène qui mérite le nom d'hallucination et alors la théorie intellectuelle peut seule rendre compte des faits observés.

Table des matières des leçons cliniques de mon père.

Des Hallucinations.

États physiologiques comparables aux hallucinations : rêve, somnambulisme ; autres situations analogues de l'état normal.

Hallucinations avec conservation de la raison : Exemples.

Hallucinations accompagnées de croyance à leur réalité, mais encore conciliables avec la raison.

Hallucinations évidemment empreintes de délire chez les personnages historiques : Socrate, Pascal, Luther, le Tasse, Vanhelmont, etc.

Il n'existe pas d'aliénation constituée uniquement par des hallucinations, mais il y a une aliénation partielle avec prédominance de ce phénomène.

Trois degrés divers d'intensité du phénomène de l'hallucination chez les aliénés partiels.

Des hallucinations dans la manie, la folie chronique, la démence et l'idiotisme.

Formes diverses que revêt ce phénomène : hallucinations complexes formant tableau : Exemple : Association et isolement des hallucinations des divers sens. Fréquence de ce symptôme ; causes d'erreur qui ont fait exagérer cette fréquence.

Hallucinations de l'ouïe, de la vue, du toucher, de l'odorat, du goût, et hallucinations internes.

Théorie de l'hallucination.

Trois théories sur la nature de l'hallucination : intellectuelle, sensoriale et mixte. – Réfutation de la théorie sensoriale ; arguments en faveur de la nature intellectuelle du phénomène.

Toute théorie mixte est inadmissible parceque les deux principes sont inconciliables. C'est dans les lésions de l'intelligence qu'il faut chercher la cause de l'hallucination. L'état passif de l'esprit n'est pas un obstacle à cette explication. Analyse psycho=logique de l'hallucination. Analogies et différences entre les illusions et les hallucinations.

Plan de la Leçon.

Définition de l'hallucination; ses analogies et ses différences avec l'illusion.

1ère Partie. Etude clinique de l'hallucination en général. Etats voisins de l'hallucination que l'on observe chez l'homme à l'état normal: rêve; passage de la veille au sommeil; mémoire imaginative des poëtes et des artistes, situations anormales de l'esprit dans lesquelles peuvent se produire des hallucinations temporaires. —

Hallucinations avec croyance à la réalité de l'objet représenté mais sans folie, parceque cette conviction est en rapport avec les idées dominantes de l'époque.

Hallucinations physiologiques appréciées sciemment par le jugement. Andral et Chevreul.

Hallucinations chez les personnages historiques: Socrate, Pascal, Luther, le Tasse, Van Helmont, Swedenborg, etc.

Opinion de Mr. Brierre et de Mr. Lélut : peu d'intérêt dans cette étude rétrospective. Il vaut mieux faire l'étude clinique directe, telle qu'on peut la faire de nos jours. Indiquer les principaux caractères des hallucinations observées dans les asiles d'aliénés : elles sont isolées ou prédominantes (question de la monomanie sensoriale). Elles sont intermittentes ou continues : elles se produisent surtout dans les paroxysmes et sont en rapport avec certaines formes ou certaines périodes et elles varient de nature et de combinaison entr'elles selon ces formes et ces périodes.

Degré de fréquence dans l'hallucination en général et dans chaque forme en particulier. Leur existence dans beaucoup d'états nerveux autres que la folie. Conditions spéciales qui favorisent leur production : 1°. occlusion des sens ; 2°. silence des facultés de contrôle et de réflexion ; 3°. action plus active des facultés de mémoire et d'imagination, ou état automatique de l'intelligence dans lequel les idées pullulent spontanément sans être appelées par la volonté et où les pouvoirs supérieurs

sommeilleur, comme dans tous les états voisins du rêve ou de l'extase; 4° Conditions physiques de faiblesse, anémie, abstinence.

Hallucinations isolées rares, ou bien multiples, s'attirant d'un sens à l'autre et formant tableau.

Degrés divers de netteté et de vivacité de l'image, d'extériorité, de séparation entre le phénomène et le moi et partant de conviction chez le malade: pensée parlée. On parle en esprit: trois degrés différents dans le phénomène de l'écho. Deux degrés différents considérés par Mr Baillarger comme deux espèces distinctes.

Hallucinations de la vue. Exemples. Caractères particuliers; plus cérébrales survenant la nuit, ou le jour dans les paroxysmes: presque toujours muettes dans les délires cérébraux, toxiques, dans les fièvres, l'épilepsie, l'hystérie, les folies religieuses et d'orgueil; très-rares dans le délire de persécution; mobiles dans les délires toxiques et fébriles.

Hallucinations de l'ouïe, plus fréquentes

chez les aliénés, plus en rapport avec la pensée, se produisant surtout dans les délires partiels, tantôt sous forme de mots courts, de petites phrases répétées par moments et toujours les mêmes, tantôt sous forme de répercussion de la pensée, d'abord avec conscience du travail de l'esprit; puis se détachant de plus en plus du moi. — Renvoi pour les détails à la théorie qui va suivre.

Hallucinations de l'odorat, du goût et du tact. Exemples de chacun; leur rareté, surtout les deux premiers; difficultés de les distinguer des illusions et des sensations vraies chez les hypo=chondriaques. Leur réunion chez certains hallucinés.

2e. Partie. Théorie physiologique ou psychologique du phénomène de l'hallucination.

6.e Leçon.

Symptômes physiques dans les maladies mentales.

21 Décembre 1866.

---

19 Décembre 186 Plan de la leçon sur les lésions de la sensibilité, des mouvements, des fonctions organiques et sur la marche de la folie.

Deux ordres de lésion générale de la sensibilité physique chez les aliénés, base des deux espèces principales de maladies mentales.

Ces lésions portent les malades à croire que les parties de leur corps sont changées : à cette occasion, digression sur les lésions de la personnalité et les causes diverses qui engendrent ce délire.

<u>Anesthésie</u>; absence de douleur ; grandes opérations : Exemples de M.r Morel à Maréville.

Hypéresthésie, ou perversions de la sensibilité; illusions viscérales chez les hypochondriaques, in=terprétations délirantes; sensations dans les organes génitaux; accouchement pendant la folie, sans douleur. — Malades se faisant des mutilations.

Exposition des aliénés aux températures basses et élevées : généralités à cet égard.

Troubles des mouvements : Importants à étudier : on en a bien noté isolément, mais on n'en a pas fait un système d'observation et seulement dans les cas extrêmes; parcourir ces troubles dans les divers organes de l'économie, depuis la tête jusqu'aux pieds.

Deux formes générales de lésions des mouvements : exagération et lenteur.

Contractions et spasmes partiels.

Chorée, épilepsie, hystérie, paralysie générale.

Phénomènes de motilité lors du passage à l'état chronique; globe de l'œil; Mr. Mérier.

Les troubles des mouvements ne sont pas dus à l'idée et à la volonté, mais bien à un fait physique,

nerveux et musculaire, parceque la prostration ou l'activité sont beaucoup plus forts que ne le comportent les idées des malades.

Spasmes divers dans toutes les fonctions de l'économie.

Etat du sommeil.

Etat des fonctions génératrices.

Nutrition. fièvre, transpiration etc. pouls, sécrétions.

Respiration. Cœur, poumon.

Lésions diverses du système nerveux dans toutes les fonctions de l'économie: tous les organes peuvent être névrosés.

Marche générale de la folie.

---

21 Décembre 1866.

Lésions des fonctions physiques dans les maladies mentales.

I. Troubles de la sensibilité.

1° Sentiment de maladie. Il n'existe pas

chez certains aliénés qui ne se sentent pas malades et qui éprouvent même un vrai sentiment de bien être, comme chez les épileptiques, hystériques et dans quelques maladies aiguës.

Chez d'autres aliénés au contraire à tendances hypochondriaques, il y a exagération du sentiment de maladie et douleurs dans toutes les parties du corps.

Anomalies de la sensibilité générale qui portent les malades à croire qu'ils sont de plomb, ou très-légers; que leurs membres sont changés ou transformés: idées de changement de personnalité qui en résultent. Sensations étranges dans les rêves, les maladies aiguës, l'encéphalité et certaines aliénations chroniques comme la démonomanie.

<u>Anesthésie</u>. rare; formes hystériques de monomaniaque; hallucinations chroniques de la sensibilité générale. Malade de Mr. Foville le père: Lambert qui se croyait mort depuis Austerlitz, parlant de lui à la 3e. personne.

Malades ne manifestant aucun signe de douleur; ayant subi des brûlures, des mutilations.

<u>Hypéresthésie</u>. Douleurs variées dans diverses

parties du corps chez les hypochondriaques et les aliénés chroniques. Les sensations deviennent souvent la base de délires variés. (Le diable ou des animaux dans le ventre).

<u>Impression pour les températures chaudes ou froides</u>. On l'a exagéré, mais il y a du vrai: malades se roulant dans la neige, et restant tête nue en plein soleil.

II. <u>Lésions des mouvements</u> générales et partielles

<u>Générales</u>, état de force exagérée de mobilité excessive sans fatigue chez les maniaques et surtout dans l'exaltation simple.

Etat de torpeur et d'inaction absolue chez les mélancoliques, jusqu'à la stupeur.

On pourrait attribuer ces effets à l'état moral; mais cette influence n'est pas suffisante et il faut admettre une lésion du système nerveux.

<u>Lésions partielles</u>. Certains muscles peuvent être le siége des spasmes, de contractions ou de relâchements; muscles de la face, strabisme, tics; alternatives de relâchement et de contraction;

tremblements partiels; mouvements saccadés. Tremblement fibrillaire des muscles : convulsions générales ou partielles; contractures temporaires : chorée, épilepsie, paralysie générale.

III. <u>Troubles des fonctions organiques.</u>

<u>Sommeil</u>. Rare, léger, incomplet dans les périodes aiguës et au début; insomnie habituelle et souvent très-prolongée chez les maniaques. Sommeil profond dans les périodes chroniques et la démence.

<u>Fonctions génitales</u>. Ordinairement conservées; quelquefois, activité accrue; au début de la folie et surtout de la paralysie générale pertes séminales. Lisle et l'allemand Griesinger sur les lésions des organes génitaux. Onanisme chez les aliénés.

<u>Fonctions de nutrition</u>. En général saines; cependant, quelques altérations utiles à noter.

Phénomènes fébriles au début, ou dans les paroxysmes : délire aigu, soif, anorexie, sécheresse de la peau.

<u>Digestion</u>. Souvent troublée et irrégulière; appétit vorace; dyspepsie et refus des aliments; quelques détails sur le refus des aliments et sur ses causes.

Troubles des digestions; météorisme; altérations chez les mélancoliques et les hypochondriaques : Névrose du système nerveux ganglionnaire; Constipation habituelle.

Circulation. Pouls. maladies du cœur; anémie; chaleur animale; refroidissement.

Sécrétions. Sécheresse de la peau. Amaigrissement. Urines rares ou abondantes; salivation.

Respiration. Lente ou rapide; soupirs; gémissements; anxiété formes anxieuses de la mélancolie.

Phénomènes nerveux dans les divers organes de l'économie.

24 Décembre 1866.

7e Leçon.

Plan de la leçon sur la marche des maladies mentales.

1° Signes de la prédisposition. On ne peut remonter jusqu'aux ascendants, mais il faut prendre à la naissance. Signes tirés de l'intelligence et tirés du moral et des actes.

2° Signes de l'incubation. Très-difficiles à constater. Les malades cachent tout en eux-mêmes, s'isolent, se séparent du monde extérieur; leurs sentiments s'altèrent et leur intelligence s'obscurcit. Les malades ont plus ou moins conscience de cet état et s'en alarment. Ils s'ouvrent de temps en temps à quelques amis et l'on peut surprendre quelques modifications. Deux modes d'incubation: exagération du caractère habituel, ou transformation. Phénomènes physiques. Incubation différente des délires partiels et des délires généraux.

3° Période d'invasion. Difficile à préciser; subite ou lente; stade mélancolique de Guislain.

Ensemble de caractères nouveaux qui marquent l'invasion.

4°. Période d'état, décrite d'après les quatre formes principales de la classification régnante.

5°. Types et complications de la période d'état. Epilepsie, rémissions, paroxysmes, intermittences, et paralysie.

6°. Passage à l'état chronique et à la démence. Impossible de préciser ce moment. Les deux caractères principaux sont la faiblesse commençante et l'absence de création du délire. Le malade vit sur son passé. Délire stéréotypé. Il dure pendant des années. Beaucoup plus tard a lieu le passage à la démence vraie, c'est-à-dire à l'incohérence et à la dissociation des éléments psychiques.

7°. Passage à la convalescence et à la guérison. Caractères vrais de la convalescence solide et durable. Appréciation saine du délire passé; conscience et souvenir plus ou moins nets de l'accès qui guérit; retour des sentiments

affectueux ; désir de rentrer dans la famille ; pas de honte de la maladie passée ; pas de crainte de revoir les lieux où l'on a été malade. Dans le cas contraire, disposition aux rechutes.

8°. Terminaison par la mort. Mort due au développement naturel de la maladie cérébrale elle-même. Mort due à des maladies concomitantes qui ont coïncidé avec la folie. (phthisie, maladie du cœur ou de l'abdomen).

Mort par maladies incidentes qui n'ont rien de spécial, telles que pneumonies, entérites, etc. Influence des conditions hygiéniques et non hygiéniques.

8.e Leçon sur les Classifications.

1°. Utilité des classifications dans toutes les sciences.

2°. Caractères des méthodes naturelles :
Ensemble de caractères ;
Subordination des caractères ;
Evolution possible à prévoir.

3°. Nous n'avons pas de classifications

semblables dans notre Science spéciale.

4° On ne peut la baser sur l'anatomie pathologique.

5° On ne peut la baser sur l'étiologie.

6° On ne doit pas la baser sur la psychologie.

7° On ne peut la baser, comme dans les névroses, que sur un ensemble de symptômes.

8° Détails donnés sur la classification régnante de Pinel et Esquirol.

Passer en revue les cinq formes:
Manie et ses variétés;
Mélancolie et ses variétés;
Monomanie et variétés;
Démence;
Idiotisme et Imbécillité.

9° Inconvénients graves de cette classification comme de toutes les précédentes, mais c'est encore la meilleure et l'on est obligé de la suivre.

10° Détails sur la classification de Mr Morel.

11° Inconvénients de cette dernière; il vaut mieux s'en tenir à celle qui existe.

12°. Mais il faut la modifier et l'on commence à entrevoir quelques formes naturelles qu'il faut dégager. Paralysie générale, circulaire, alcoolisme, épilepsie, hystérie, délire de persécution.

9e Leçon.

Du délire aigu en général et des délires aigus en particulier.

Du délire dans les maladies aiguës.

Le délire a été étudié généralement dans les maladies aiguës, à deux points de vue principaux: on l'a étudié sous le rapport des causes qui peuvent le produire et sous le rapport des signes qu'il peut fournir pour le diagnostic et le pronostic des maladies au milieu desquelles il se produit; mais jusqu'ici, on l'a très-peu étudié en lui-même, dans ses caractères propres: on l'a toujours considéré comme une unité dont on pouvait étudier les rapports avec les autres phénomènes de la maladie, mais qu'il était impossible de décomposer et

d'analyser dans les éléments qui la constituent.

Ne serait-il pas possible et utile de décomposer cette unité et de tâcher de puiser dans l'étude des caractères mêmes du délire des éléments précieux pour le diagnostic, le pronostic et le traitement des maladies? Telle est la question que je me suis posée et sur laquelle je vais chercher à présenter quelques considérations dans ce mémoire.

La question ainsi posée dans toute sa généralité embrasse deux aspects principaux et qu'il est important de distinguer tout d'abord. Le délire a-t-il, dans les diverses maladies aiguës, des caractères particuliers qui puissent être décrits et former un tableau, de nature à faire reconnaître la maladie? Les délires qui se produisent dans les maladies aiguës, ont-ils des caractères qui les distinguent en masse du délire de l'aliénation mentale? Telles sont les deux questions principales que soulève, de prime abord, l'étude du symptôme du délire considéré en lui-même dans ses caractères propres. Il est évident que des questions aussi vastes ne peuvent être traitées avec toute l'étendue qu'elles

comportent dans les limites étroites d'un mémoire de ce genre. Aussi mon intention est-elle simplement de me livrer ici à quelques généralités sur ces questions im=:portantes, et d'insister principalement sur la seconde. N'ayant ni le temps ni les matériaux nécessaires pour faire l'histoire, même très-abrégée, des divers délires qui peuvent se présenter dans les maladies aiguës, j'aurai surtout pour but de comparer tous les délires aigus en masse, au délire de la folie.

Il est assez généralement admis aujourd'hui que les délires les plus variés peuvent se présenter dans la même maladie, non-seulement chez des individus différents, mais même chez le même individu à des moments différents de la journée, et que par conséquent aucune espèce de délire ne caractérise en propre une maladie quelconque. Il est admis également, d'une manière presqu'aussi générale, que l'on peut constater dans les diverses maladies aiguës tous les phénomènes de délire qui se rencontrent dans l'aliénation mentale, et que par conséquent il est impossible de trouver de différence essentielle entre les phénomènes psychiques qui se produisent dans les délires aigus et ceux qui se produisent dans la folie. A quoi peut

tenir une opinion aussi généralement répandue ; c'est ce qu'il est important de rechercher avec soin avant de chercher à la combattre par l'observation ? Cette opinion provient de deux sources : des difficultés mêmes de l'observation des délires, et de l'existence d'une grande analogie apparente dans leurs caractères superficiels.

Dans l'aliénation mentale en effet, malgré les difficultés nombreuses de l'observation, le médecin se trouve secondé par deux auxiliaires bien précieux : la conscience qu'a le malade lui-même de son état pendant sa maladie et les souvenirs qu'il conserve lors des rémissions et de la convalescence, le médecin se trouve avoir, dans ces cas comme dans la plupart des maladies, le malade pour coopérateur ; il peut donc espérer arriver à la vérité en contrôlant les renseignements que lui fournit le malade à l'aide des manifestations extérieures qu'il a pu lui-même constater. Dans les délires aigus au contraire, on n'a le plus souvent aucun renseignement actuel pendant la crise, le malade n'ayant pas conscience de ce qui se passe en lui, ni aucun renseignement

ultérieur sur le passé, le malade n'ayant le plus souvent conservé aucun souvenir de sa maladie par cela même qu'il n'en a pas eu conscience. On se trouve donc tout à fait dans les conditions de la médecine vétérinaire et de la médecine des enfants : le médecin est livré à ses propres forces ; il ne peut que constater les manifestations, c'est-à-dire les actes et les paroles des malades et il doit par conséquent apporter une grande réserve dans les inductions qu'il en tire. Les difficultés de l'observation sont une des causes principales qui ont retardé sous ce rapport les progrès de la science.

Comment saisir le lien invisible qui existe entre les diverses manifestations, à l'aide de quelques actes désordonnés et de quelques paroles incohérentes, alors que le seul spectateur possible de ce travail intime de la pensée ne vous vient pas en aide ? Comment démêler les motifs des actes, la génération des idées, à l'aide de quelques chaînons rompus et fragmentés, alors que l'on est privé du seul fil conducteur qui puisse relier ces divers anneaux ? L'observation détaillée des délires aigus est donc très-difficile en elle-même. Mais une autre cause a contribué à faire ressortir les analogies des divers

délires aux dépens de leurs différences, c'est que les apparences sont favorables à cette manière de voir : Que remarque-t-on, en effet, en général, chez les délirants ? On remarque qu'ils parlent avec volubilité, qu'ils s'agitent en tous sens, qu'ils crient, chantent, se ~~livrent~~ lèvent de leur lit, qu'on est obligé de les maintenir de force, qu'ils ne reconnaissent pas les personnes qui les entourent, qu'ils frappent sans discernement, se livrent aux actes les plus extraordinaires et les plus dangereux etc etc. Eh bien, comme on se borne en général à cette observation toute superficielle et que l'on trouve la plupart de ces caractères dans les délires des maladies les plus diverses, il est tout naturel d'en conclure que les délires produits par les causes les plus diverses se ressemblent et que tous les délires aigus ressemblent également au délire général de la folie, dans laquelle on retrouve ces mêmes manifestations.

Qu'est-ce qu'un fou, en effet, pour la plupart des hommes ? N'est-ce pas un homme qui se trompe sur tout ce qui l'entoure, sur ses souvenirs, comme sur ses impressions actuelles, qui

émet les idées les plus absurdes, les plus incohérentes, qui n'est plus maître de lui-même, se livre aux actes les plus violents et les plus dangereux pour lui-même et pour ceux qui l'entourent? A tous ces points de vue n'y a-t-il pas identité complète entre l'aliéné et le malade atteint de délire aigu?

Qu'est-ce qu'un aliéné, même pour un médecin, sinon un monomane, un maniaque ou un dément; et ne trouve-t-on pas, dans les délires aigus, des malades présentant des idées fixes, tristes ou gaies, ou bien agités comme les maniaques, faibles d'intelligence et incohérents comme les déments? A tous ces points de vue donc il y a identité pour l'observateur superficiel, et même pour celui qui ne se soustrait pas aux habitudes et aux classifications actuelles de l'aliénation mentale, entre l'aliéné et le malade atteint de délire aigu. Tant qu'on ne cherchera pas de différences symptômatiques entre ces deux états que dans des phénomènes de ce genre (qui sont précisément des phénomènes généraux, constituant le symptôme délire et non telle ou telle espèce de délire), il évident que, par cela même, qu'il y a délire dans les deux cas, on devra les trouver également

dans l'un et dans l'autre état et par conséquent croire à leur identité. Nous croyons donc pouvoir conclure de ces réflexions que si l'on a pas trouvé jusqu'à présent de différences essentielles entre les divers délires aigus, entre eux et entre les symptômes du délire aigu et ceux de la folie, cela ne prouve pas qu'il n'en existe pas, mais bien qu'on ne les a pas cherchées là où on devait les chercher, parce qu'on n'a fixé son attention que sur les caractères communs et que personne ne s'est livré à une étude assez attentive et assez minutieuse pour discerner les caractères différentiels qui échappent à une étude superficielle.

Pour parvenir à découvrir ces caractères si importants, il suffit de changer la direction de l'observation; au lieu de fixer son attention sur les faits qui frappent immédiatement tous les regards, et qui, par cela même, sont notés par tous les observateurs, il faut la diriger sur d'autres points et l'on est alors tout surpris d'apercevoir des faits très-importants qui, sans cela, seraient passés complètement inaperçus. Il suffit pour

cela d'appliquer au délire aigu et à la folie une méthode d'observation vraiment scientifique et médicale, au lieu de la méthode du vulgaire et des gens du monde. Au lieu de noter les faits saillants que tout le monde est à même de constater, qui attirent la curiosité par leur bizarrerie, leur singularité, il faut rechercher les faits généraux qui engendrent et contiennent en germe ces faits de détail, et qui seuls peuvent caractériser un état maladif : il faut noter les tendances, les impulsions, les directions d'esprit, les dispositions de sentiment qui sont la source de toutes les idées et de tous les actes des malades, idées et actes qui peuvent varier à l'infini, suivant mille circonstances individuelles et locales, sans changer pour cela de nature ou réciproquement se ressembler, quoique très-différents d'origine et de mode de production. Il faut tâcher de négliger ce qui constitue la variété, pour ne s'occuper que de l'espèce, ou de l'espèce, pour ne s'occuper que du genre : il faut négliger les différences individuelles pour tâcher de saisir les différences d'ensemble. Il faut appliquer à l'homme malade les principes que l'on suit pour apprécier les différences de caractère chez l'homme sain :

tel acte, qui chez l'un dénote un bon coeur, est chez l'autre un calcul, et chez un troisième le résultat de l'irréflexion, ou un fait accidentel et par conséquent insignifiant : au lieu de noter l'acte qui n'a par lui-même aucune valeur, on s'attache à en rechercher la portée, l'origine, l'intention, le mode de production : de même chez l'aliéné ou le délirant au lieu de se borner à constater l'agitation ou le calme de ses mouvements, ses cris, ses actes violents, les idées isolées qu'il émet, les mots qu'il prononce, il faut chercher à démêler l'état psychologique général dans lequel il se trouve, et les dispositions diverses qui donnent naissance à ces paroles et à ces actes : ce n'est que lorsqu'on aura saisi cet ensemble que l'on pourra véritablement apprécier l'état maladif, connaître les divers faits qu'il est susceptible d'engendrer et par suite le différencier d'un autre état analogue.

Les principes généraux une fois posés, voyons comment on peut en faire l'application à l'étude des délires aigus.

Nous ne pouvons, en effet, nous décider

à admettre que des états qui se manifestent sous des influences si différentes, qui ont un mode de développement, une durée, des terminaisons et des conséquences si diverses, puissent ainsi différer aussi complètement, dans l'ordre de succession des phénomènes, sans présenter également des différences notables dans ces phénomènes eux-mêmes.

Eh bien; sans entrer dans une description détaillée des divers délires qui ne peut trouver place ici, que voyons-nous, d'une manière générale en étudiant les divers ordres de délires qui s'observent dans les maladies autres que la folie? Nous croyons pouvoir diviser tous ces délires en trois catégories principales: 1°. Les délires qui se produisent dans les maladies fébriles cérébrales ou non, telles que la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la méningite et l'encéphalite, les fièvres éruptives, etc, etc. 2°. Les délires produits par l'introduction dans l'économie de divers agents toxiques, tels que l'opium, la belladone, le datura, l'alcool (qui a deux manifestations principales, l'ivresse et le delirium tremens), le chloroforme, l'éther, etc, etc; les préparations de plomb et de mercure, etc, etc, l'acide carbonique, le protoxide d'azote, etc, etc. 3°. Les délires que l'on peut appeler essentiels, que

des auteurs ont décrit sous le nom de délire nerveux, délire aigu proprement dit, qui existent sans altération appréciable du cerveau ou des autres organes et qui ont été niés par plusieurs auteurs. A ces trois classes de délires on peut joindre, mais seulement pour être complet, les perturbations plus ou moins grandes des facultés intellectuelles que l'on observe dans les maladies organiques du cerveau, telles que l'apoplexie, le ramollissement et les diverses tumeurs ou compressions cérébrales dont nous n'avons pas à nous occuper ici parceque l'on n'a pas l'habitude de donner à ces diverses perturbations de l'intelligence le nom de délire.

Le meilleur moyen d'arriver à découvrir les caractères différentiels de ces divers délires est de commencer leur étude par les délires produits par les poisons, parceque leurs caractères ont été généralement mieux notés par les auteurs et parcequ'on est plus sûr d'établir la comparaison entre des faits du même ordre, chose qui peut être beaucoup plus difficile dans les maladies, qui sont loin d'être toujours identiques à elles-mêmes. Quand

on donne de l'opium, de la belladone, du datura, du vin du haschisch à un individu, on possède ainsi, dans la connaissance de la cause, un élément invariable et partant de ce point de départ fixe, on peut apprécier facilement s'il produit des effets analogues ou différents chez divers individus, le problème se trouve ainsi singu=:lièrement simplifié; tandis que dans les maladies les faits observés chez divers individus sont difficilement comparables parceque l'on est jamais certain d'avoir sous les yeux des faits du meme genre. Aussi qu'est-il arrivé? C'est que tandis que les auteurs n'ont jamais vu d'analogies entre les délires produits par une meme maladie, ils ont souvent, au contraire, noté de grandes ressemblances entre les délires produits par une meme substance toxique. On a dit par exemple que le délire produit par la belladone était ordinairement gai et bruyant, et surtout caractérisé par de nombreuses illusions et hallucinations; que le délire de l'opium était surtout caractérisé par la rêvasserie et la concentration, et plus tard par la somnolence; que le délire du haschisch entrainait avec lui un sentiment général de béatitude et de jubilation, que la durée du

temps y paraissait singulièrement allongé, et que le plus souvent on éprouvait un sentiment extrême de légèreté qui portait à se croire enlevé dans les airs ; on a encore noté que ce délire avait pour caractère la conservation de la conscience qui permettait de s'observer intérieurement, contrairement à ce qui arrive ordinairement dans les autres délires aigus. Mais le fait le plus caractéristique que l'on puisse citer sous ce rapport, c'est la description connue de tous du délire de l'ivresse, qui, malgré toutes les nuances individuelles, forme un tableau général qui permet, même au vulgaire, de reconnaître immédiatement l'espèce particulière de lésion des facultés, produite par les substances alcooliques. Qui ne sait, en effet, que l'ivresse débute presque toujours par un sentiment de gaieté et de satisfaction, par une activité plus grande dans l'exercice de toutes les facultés, par une confiance exagérée dans ses forces physiques et morales etc etc, et qu'après une période de violence et d'irritation qui fait rechercher les querelles pour le plus simple motif, on finit par tomber dans la somnolence

et l'affaissement, bientôt remplacé par le plus profond sommeil ? On est arrivé ici, malgré les nombreuses différences individuelles qui semblaient devoir s'opposer à toute généralisation, à tracer un tableau général, tellement vrai dans la grande majorité des cas, qu'il est impossible de ne pas reconnaître immédiatement l'homme ivre à ces traits généraux que nous ne pouvons ici qu'esquisser. La multiplicité des cas observés a suppléé à l'absence d'une observation méthodique, et les différences individuelles se sont ainsi éliminées naturellement et ont laissé les faits généraux se dégager d'eux-mêmes de la multiplicité des faits particuliers. Eh bien, ce qui s'est fait spontanément pour l'ivresse, c'est-à-dire pour le délire produit par les substances alcooliques, pourquoi ne pourrait-on pas tenter de le faire scientifiquement pour les autres genres de délire ? Quant à moi, je crois que l'on peut arriver, pour les divers délires, à une description type aussi vraie que celle qui nous a été transmise sur l'ivresse par l'expérience des siècles ; description qui permettra de les reconnaître comme elle, à un ensemble de caractères. Ce qu'il faut surtout rechercher, en effet, ce sont des différences d'ensemble, comme

on le fait d'ailleurs pour décrire et distinguer les maladies entr'elles : de même que l'on fait un tableau type de la phthisie, de la pneumonie, de la siphilis etc, qui permet de reconnaître ces maladies dans la pratique à des caractères déterminés malgré les nuances individuelles innombrables, de même il faut faire aussi, à l'aide de l'observation, un tableau général de chaque espèce de délire, qui permette de le reconnaître dans sa marche, dans ses grands traits, dans son facies particulier et empêche de le confondre avec un autre type voisin, qui peut être composé de beaucoup d'éléments communs, mais groupés différemment et présentant une physionomie particulière. Je me garde bien de dire que l'on pourra découvrir des caractères pathognomoniques qui <u>à eux seuls</u> suffiront pour indiquer la cause et la nature de la maladie. Je ne crois pas en effet qu'il existe souvent de ces différences de détail, qui n'auraient d'ailleurs de valeur que si elles étaient constantes. Il y a cependant, même sous ce rapport, des faits vraiment curieux et qui méritent de fixer l'attention.

Qu'est-ce en effet que le phénomène de l'hydrophobie, de la peur des liquides dans la rage, sinon un délire particulier, produit d'une manière presque constante par l'introduction dans le corps de l'homme du venin rabbique? Je sais bien aussi qu'on l'a attribué à la douleur que faisait éprouver la déglutition des liquides par suite du spasme des muscles de la gorge, mais cette explication qui est loin d'ailleurs d'être généralement admise, n'est évidemment pas exacte, puisque le plus souvent c'est la simple vue du liquide qui produit ce phénomène chez les enragés, alors même que rien ne les oblige à en boire. N'est-il pas étonnant aussi de remarquer la fréquence des délires que j'ai mentionnés plus haut dans l'intoxication par le haschisch? Enfin, un autre fait bien remarquable et qui a été noté par plusieurs observateurs, c'est que presque toujours les malades atteints du delirium tremens voient des insectes, des araignées, des mouches etc et entendent des détonations de coups de fusil ou de pistolet. Quoi qu'il en soit, je crois que, s'il est intéressant de rechercher dans les divers délires des faits de ce genre, qui auraient une grande importance s'ils étaient constants, ce n'est cependant pas dans cette voie qu'il faut principalement diriger l'observation, et que c'est surtout

dans l'ensemble et l'ordre de succession des phénomènes que doivent résider les différences vraiment importantes entre les divers délires, différence que je ne pouvais qu'indiquer ici sous une forme générale et dont j'ai eu surtout pour but de faire concevoir et de prouver la possibilité.

On me dira peut-être que ces recherches peuvent avoir de l'intérêt au point de vue scientifique, mais qu'elles sont stériles au point de vue pratique. A cela, je réponds que le diagnostic des maladies cérébrales est loin d'être assez avancé pour qu'il soit indifférent de chercher à le compléter par la connaissance de nouveaux faits puisés dans l'ordre des lésions intellectuelles qui en sont la manifestation la plus constante.

J'ai observé cette année, à l'hôpital Necker, cinq faits dont deux se trouvent cités à la fin de ce mémoire, dans lesquels le diagnostic a été ou douteux ou erroné, alors que l'étude des caractères du délire aurait pu probablement contribuer à l'éclairer. Le premier de ces faits est relatif à un homme atteint de pneumonie chez lequel il est

survenu du délire à l'époque où la pneumonie était en voie de résolution, délire qui était très-probablement alcoolique, à cause du peu de rapport entre son intensité et la diminution de la lésion pulmonaire, mais que la connaissance exacte des caractères du délire alcoolique aurait seule pu faire diagnostiquer d'une manière certaine; et pour le dire en passant, c'était très-important pour le pronostic et le traitement, puisque le délire dépendant de la pneumonie aggravait le pronostic et devait conduire à une médication énergique, tandis que le contraire avait lieu si le délire était de nature alcoolique.

Le second est un malade qui, entré à l'hôpital avec un délire violent et un tremblement intense, a été considéré comme atteint de délire alcoolique et traité par l'opium, qui, calmé par ce moyen au bout d'une huitaine de jour, est redevenu agité aussitôt qu'on a cessé l'emploi de ce médicament, et qui, soumis de nouveau au laudanum, s'est calmé une seconde fois, mais a continué à présenter pendant un mois et demi et présente encore aujourd'hui un affaiblissement général de l'intelligence, une légère déviation de la langue et une faiblesse très-grande des membres

inférieurs ; phénomènes qui, joints à la longue durée de la maladie, sembleraient plutôt indiquer le début d'une affection organique du cerveau, qu'un délire alcoolique. Il est bon de remarquer cependant que plusieurs fois dans son délire, il a vu des insectes, des mouches, des limaces, etc.

Le troisième malade est arrivé à l'hôpital présentant en même temps une hémoptysie abondante et un délire violent mais dans lequel, au lieu d'être concentré en lui-même comme cela arrive ordinairement dans les délires des maladies aiguës, le malade était constamment occupé de tout ce qui se passait autour de lui ; la présence d'un point de côté pouvait faire croire à une pneumonie latente qui aurait expliqué le délire, mais l'auscultation et l'abondance de l'hémoptysie se réunissaient pour faire écarter cette idée. Pouvait-on rattacher le délire à l'hémoptysie ? Était-ce un délire alcoolique ? Il était très-difficile de trancher ces questions avec les éléments que possède aujourd'hui la science, et il est probable que si l'on connaissait mieux les caractères différentiels des délires, cette connaissance aurait pu venir en

aide au diagnostic. Quoi qu'il en soit, ce délire cessa au bout de vingt-quatre heures, l'hémoptysie fut remplacée par des crachats purulents très-abondants qui continuèrent pendant longtemps et l'on put, au bout de huit jours, constater à l'auscultation les signes d'une phthisie commençante : j'appris alors du malade qu'il avait déjà été à Bicêtre, il y a huit ans, pour un délire qui avait duré soixante jours et que depuis cette époque il a eu de temps en temps des accès de délire qui durent vingt-quatre heures environ, et cessent naturellement. C'est là un fait très-curieux et qu'il est certainement très-difficile de caractériser à l'aide de ces renseignements dans l'état actuel de la science.

Le quatrième fait est celui d'un malade qui, entré à l'hôpital avec un mal de tête intense, des vomissements, un délire violent et agité, et que les parents disaient n'être malade que depuis trois jours, fut d'abord considéré, à cause de ces divers faits, comme atteint de méningite, tandis que le lendemain on s'aperçut qu'il avait une fièvre typhoïde bien évidente. Qui sait, si les caractères du délire n'auraient pas pu encore ici éclairer le diagnostic ?

Le cinquième fait enfin est le plus intéressant de tous, puisque, même après la terminaison de la maladie, il serait difficile d'affirmer à quel ordre de délire il appartient. C'est un malade qui, entré à l'hôpital avec un mal de tête très-intense, une grande agitation musculaire et du délire, s'est rétabli pendant deux jours, puis a été repris d'un délire de nouveau très-intense qui a duré pendant quatre jours et est maintenant complètement guéri. Ce n'est pas là évidemment une méningite puisqu'il y a eu des intermittences beaucoup trop longues, qu'il n'y a pas eu de coma, que d'ailleurs le malade a guéri assez facilement à l'aide de simples purgatifs et sans saignée etc. D'un autre côté, il n'y a chez ce malade aucune maladie aiguë qui puisse expliquer la production du délire : Est-ce un délire alcoolique ? Ce n'est pas impossible, mais comment concevoir, dans cette hypothèse, cette longue intermittence et ce retour du délire après sa cessation ? Est-ce le début d'une affection organique du cerveau ? Cela me paraît plus vraisemblable à cause de l'intensité du mal de tête, de l'intermittence, et de l'absence de toute autre

maladie pouvant expliquer le délire, mais ce n'est pas prouvé. Eh bien, n'est-il pas probable que la connaissance des caractères des délires aurait pu ici encore être un puissant auxiliaire pour le diagnostic et par conséquent pour le pronostic et le traitement ?

Les faits que je viens de citer me paraissent suffisants pour faire sentir les difficultés du diagnostic des divers délires dans l'état actuel de la science, et pour prouver par conséquent l'utilité de l'étude des caractères propres des délires pour en éclairer le diagnostic, le pronostic et le traitement. Je ne pouvais entrer ici dans d'autres développements relativement à des questions aussi vastes et qui exigeraient de nombreuses descriptions basées sur une grande quantité d'observations. Mon but a été seulement d'indiquer les difficultés du sujet, la voie qui me semble devoir être suivie pour arriver à la découverte des caractères différentiels des divers délires, et les avantages de cette étude pour la pratique de la médecine.

J'aborde maintenant la question principale que j'ai surtout l'intention d'examiner dans ce mémoire, c'est-à-dire la comparaison des délires aigus et de la folie.

La première question qui se présente sous ce rapport

est de savoir au juste ce que l'on doit entendre par ces deux termes de la comparaison, délire aigu et folie. Ils semblent au premier abord parfaitement distincts, mais lorsqu'on pénètre plus avant on s'aperçoit que ces deux idées sont loin d'être aussi nettes qu'elles le paraissent au premier abord, et qu'il existe un assez grand nombre de faits intermédiaires que l'on peut faire passer à volonté, d'une catégorie dans l'autre, selon le caractère que l'on aura admis à priori pour critérium.

Quels sont, en effet, les caractères qui peuvent servir, dans l'état actuel de la science, à distinguer les délires aigus de la folie? Je n'en connais que trois: la fièvre, la cause du délire et sa durée. La fièvre est-elle un caractère suffisant? Non, certainement, puisqu'elle existe souvent pendant un temps plus ou moins long au début de certaines manies, et que d'un autre côté, il est des délires aigus, surtout ceux causés par des empoisonnements, qui peuvent exister sans fièvre. La cause qui produit le délire est-elle un caractère distinctif plus solide? Sans doute on peut dire, d'une manière générale, que la

folie est un délire essentiel ayant le plus souvent sa cause dans le cerveau, tandis que les délires aigus ne sont qu'un symptôme d'une autre maladie pouvant siéger dans toutes les parties du corps, ou le résultat de l'introduction dans l'économie d'un agent étranger quelconque. Mais n'y a-t-il pas des folies sympathiques et symptômatiques dépendant de la lésion d'un organe autre que le cerveau, puisque certains auteurs ont même considéré toutes les folies comme symptômatiques, et, d'un autre côté, n'existe-t-il pas des délires aigus essentiels, connus sous le nom de délire nerveux, ou délire aigu proprement dit, qui ne dépendent d'aucune cause ou d'aucune autre maladie appréciable? La présence ou l'absence de la fièvre, et la connaissance de la cause qui a produit le délire quoique très-utiles pour le diagnostic dans beaucoup de circonstances, ne sont donc pas des caractères suffisants pour établir une limite tranchée entre les délires aigus et la folie. Il ne reste, pour trancher la question ainsi posée dans toute sa généralité, que le caractère de la durée, qui n'est certainement pas irréprochable, puisqu'il semble plutôt reposer sur une différence de degré que sur une

différence de nature, mais caractère qui a une assez grande importance pratique comme nous le verrons tout-à-l'heure, pour permettre de faire reposer sur lui une distinction scientifique.

Ainsi donc, pour embrasser dans deux groupes opposés des états aussi complexes que les délires aigus et les folies, il n'y a, suivant moi, qu'un moyen rationnel de les caractériser; c'est de considérer les uns comme des états aigus, et les autres comme des états chroniques. La question se trouve ainsi nettement posée et, une fois que l'on est ainsi fixé, sur la nature de chacun des deux termes de la comparaison, on peut rechercher s'il y a, dans la nature même du délire, dans ces deux cas, des caractères symptomatiques qui puissent permettre de reconnaître si l'on a affaire à un état aigu ou à un état chronique. Sans cette précaution, on serait exposé, à chaque instant, à faire des cercles vicieux: on croirait avoir découvert des caractères propres au délire aigu par exemple, et dans certains cas on n'aurait précisément que ces caractères pour trancher la question de savoir

s'il y a délire ou folie. Et qu'on ne croie pas que la question de durée soit une question secondaire, sans importance pratique et qui ne mérite pas d'être élucidée à l'aide de l'étude des caractères du délire! Présager la mort ou la guérison très-prochaine et éloigner ainsi toute idée de folie, c'est-à-dire de terminaison par la chronicité, est souvent une chose capitale pour le malade et pour sa famille, puisque c'est empêcher sa translation dans une maison d'aliénés: voilà pour le pronostic, et quant au traitement, c'est également d'une très-grande importance puisque c'est éviter l'emploi empirique de l'opium et de la saignée par exemple, qui sont utiles dans certaines espèces de délires aigus, mais sont très-nuisibles au début de la folie, et surtout de la manie, et sont malheureusement très-souvent employés par les praticiens ordinaires.

Cette étude des caractères distinctifs, entre les délires aigus et la folie, a d'ailleurs un troisième avantage, c'est de fournir des éléments précieux pour le pronostic de la folie: on peut dire, en effet, d'une manière générale, que la folie est d'autant plus curable, qu'elle a, dans son ensemble, plus de points

de contact et d'analogies avec les délires aigus: c'est déjà un fait connu pour la manie qui est plus curable que les délires partiels. C'est encore vrai de la suspension de l'intelligence connue sous le nom de mélancolie avec stupeur ou de stupidité, et cette comparaison peut être poursuivie avec vérité jusque dans les détails.

Après avoir cherché à démontrer la possibilité, puis les avantages de la découverte de caractères distinctifs entre les délires aigus et la folie, je vais tâcher maintenant d'en indiquer quelques-uns qui sont pour moi le résultat de l'observation et qui, sans être absolus, sont cependant assez généralement vrais pour avoir une importance pratique. Je renvoie pour les détails aux observations que j'ai mises à la fin de ce mémoire.

Un caractère principal réside dans la séparation presque complète du monde extérieur qui existe chez le délirant, tandis que le maniaque, au contraire, a toujours les sens ouverts, et vit presqu'autant dans le monde des impressions que dans celui des idées et des souvenirs. Le caractère

qui est très-important et qui a une grande généralité peut se résumer dans ce seul fait que le délirant se rapproche de l'état de sommeil, tandis que le maniaque est en état de veille. Le maniaque a les sens ouverts, le délirant les a presque fermés; l'un veille et l'autre dort; l'un vit presque toujours isolé du monde extérieur et en est séparé comme par un voile, par une barrière très-épaisse, que les impressions ont peine à traverser et qu'elles ne franchissent jamais que très-incomplètement; l'autre en est rapproché sans cesse par l'acuité et la délicatesse de ses sens et par la tendance dominante de son esprit qui est vers le monde des impressions: Aussi, se recueille-t-il en lui-même momentanément, la moindre impression extérieure suffit pour le distraire et l'arracher à son monde intérieur qui ne le captive qu'à défaut d'autre objet d'activité; dans le délire aigu au contraire, ce n'est qu'avec peine que les impressions traversent la barrière qui les séparent du monde intérieur où elles n'arrivent que rarement et presque toujours altérées. Ce caractère général entraîne après lui beaucoup d'autres conséquences qu'il est important de signaler.

Le délirant répond toujours incomplètement aux

questions qui lui sont adressées, reste plus souvent et plus longtemps silencieux que le maniaque, prononce des paroles beaucoup moins nettes et moins bien articulées, s'adresse bien plus rarement à ceux qui l'entourent, en un mot ses paroles sont plus rares, n'expriment jamais que très-incomplètement ses pensées et sont très-rarement relatives à tout ce qui l'entoure. L'impuissance de la parole est poussée quelquefois jusqu'à l'extrême, le malade ne profère que quelques sons inarticulés qui, pour être entendus, ont besoin d'une oreille rapprochée et attentive et quelquefois même il se borne à remuer les lèvres parceque le besoin d'une manifes=tation extérieure n'existe plus. Le délirant, n'entendant même plus sa parole, est privé de tout excitant pour en continuer le mouvement et de toute puissance pour le régulariser.

Les actes du délirant témoignent également de son isolement du monde extérieur : ils sont instinctifs et automatiques et très-rarement coordonnés en vue d'un but en rapport avec une impression ou une idée. Il semble que d'un côté l'impression pénètre

trop faiblement pour donner lieu à une détermination et que de l'autre l'idée soit trop faible pour entraîner la volonté. Dans un tel état, l'acte volontaire expire en quelque sorte aux confins du monde intérieur, comme dans le monde intellectuel la pensée venait tout à l'heure expirer sur les lèvres. Le malade se remue souvent comme pour chercher un allégement à ses souffrances. Les déplacements ont lieu par sauts et par bonds, ou bien encore le malade garde une immobilité absolue, tandis que le maniaque est dans une agitation incessante en rapport avec les idées ou les sentiments qui l'agitent. Le délirant quitte quelquefois son lit sous l'influence d'une impression confuse; il s'élance comme un trait vers un point quelconque ou bien semble comme tout dépaysé quand il est au bas de son lit et serait incapable de s'y remettre sans l'assistance d'une main étrangère. Les mouvements des bras présentent les mêmes caractères que les mouvements des extrémités inférieures et de plus phénomènes en rapport avec leurs fonctions. Les objets qu'ils saisissent sont maintenus fixes, fortement serrés ou bien s'échappent continuellement des mains; très-souvent les mouvements des mains indiquent l'intention de chercher,

de ramasser ; il semble que ces malades soient comme des sourds et des aveugles cherchant à s'assurer des corps qui les entourent ; ils semblent se complaire dans ces petites actions de saisir leurs draps, leurs couvertures, de les éplucher, de les effiler etc. Les mouvements de la face et la mimique témoignent comme tous les actes que nous venons de passer en revue, de la débilité désordonnée de l'intelligence et du moral, et de la cessation presque complète des rapports entre le monde intérieur et le monde extérieur.

Dans l'ordre des impressions et des idées on trouve de nouvelles preuves de cette désharmonie : c'est ainsi que le plus souvent les délirants ne reconnaissent pas les personnes qui leur étaient les plus chères et si quelquefois ils les reconnaissent d'une manière fugitive, ils agissent comme s'ils ne les connaissaient pas et ne semblent pas s'apercevoir de leur présence. Ce fait qui est ordinaire dans le délire aigu est rare au contraire dans l'aliénation mentale. Dans quelques formes d'aliénation en effet, dans la manie par exemple, les malades prennent facilement une personne pour une autre, le plus

simple trait de ressemblance suffit pour produire cette déception, mais dans ces cas il y a précipitation, écart de jugement, illusion en un mot, tandis que dans le délire aigu, au contraire, il y a comme rupture avec le passé et le monde extérieur.

Un autre caractère distinctif entre les délires aigus en général et la folie, c'est l'absence de conscience et partant de souvenir ultérieur dans les délires aigus, et leur conservation au contraire le plus généralement dans la folie.

Dans le délire aigu en effet, le sens interne, le sentiment de ce qui se passe en soi et des rapports avec le monde extérieur, la conscience enfin est presque toujours sans objet; les idées sont tellement vagues, incomplètes et imprécises qu'elles traversent l'esprit sans y produire aucune impression et partant sans y laisser de trace. Aussi la mémoire n'a-t-elle presque rien à enregistrer si ce n'est quelques impressions fugitives et quelques rares élans du mouvement des idées et des sentiments. Aussi chez les délirants si quelques souvenirs sont conservés après la guérison, ce sont toujours des souvenirs vagues, isolés, mal déterminés, comme cela arrive d'ailleurs ordinairement dans les rêves, et chose remarquable, ces souvenirs sont

presque toujours relatifs à la première ou à la dernière période de la maladie, c'est-à-dire à l'époque où le délire n'existait pas encore ou n'existait déjà plus dans toute son intensité et avec ses caractères propres. Comment, en effet, conserverait-on des souvenirs exacts et nombreux alors que la conscience a été à peine éveillée, que les impressions ont été obscurcies, fugitives, les idées faibles, fragmentées et les sentiments presque annihilés ? La rareté des souvenirs est donc un effet naturel de l'état des perceptions de l'intelligence et du moral et doit à son tour être invoquée comme une nouvelle preuve de l'état des facultés que nous avons décrit précédemment. Dans la manie, au contraire, la conscience de ce qui passe actuellement dans l'esprit existe évidemment dans le plus grand nombre des cas, quoique souvent les idées passent comme un éclair qu'il est difficile à l'esprit de saisir au passage ; d'un autre côté, l'on sait combien les maniaques, non pas dans la convalescence, mais après la guérison (car la convalescence est le plus souvent accompagnée d'un état général d'affaissement des facultés) conservent

des souvenirs exacts et précis de faits, qu'ils semblaient nécessairement avoir dû oublier et dont ils n'avaient même pas paru avoir concience au moment même. Quoi qu'il soit juste d'ajouter que les maniaques, à leur tour, conservent infiniment moins de souvenirs que les malades atteints de délire partiel, il est certain qu'ils se rappellent souvent une foule de faits qui se sont passés pendant que la maladie était à son summum.

Une autre différence fondamentale entre le délire aigu et l'aliénation mentale réside dans leurs caractères psychiques. Déjà nous venons de toucher cette question en parlant des rapports de ces malades avec le monde extérieur et nous avons signalé quelques différences intimes. Considérons maintenant cette question sous un autre aspect.

Il n'est pas possible d'établir la moindre ressem=blance entre les délires partiels et le délire aigu, et lorsqu'on a voulu le faire en disant que dans le délire aigu il y avait des idées fixes, tristes ou gaies, comme dans l'aliénation mentale, on a confondu un état général de tristesse ou de gaieté avec un délire restreint, partiel avec prédominance d'idées tristes ou gaies, c'est-à-dire que l'on n'a vu que l'analogie des idées et l'on n'a pas tenu compte de la différence du fond

sur lequel elles reposent. On ne peut comparer les délires aigus en vue des analogies, qu'avec la manie ou avec la démence. Eh bien, ces deux formes d'aliénation mentale présentent certainement avec lui certaines analogies, mais elles en diffèrent sous beaucoup de rapports.

Dans le délire aigu toutes les facultés sont en désharmonie; les unes sont absentes, comme dans le rêve; les autres sont comme engourdies, opprimées, frappées d'atonie, leur exercice est comme empêché, entravé et l'esprit est incapable d'aucun effort pour briser ces obstacles. Dans la manie, au contraire, l'énergie vitale est accrue et les produits des facultés sont tellement nombreux et variés que l'esprit se trouve dans l'impossibilité de les saisir, de les soumettre au contrôle de la réflexion, d'en disposer enfin pour arriver à la régularité de la pensée et de l'action. C'est là certainement une différence essentielle entre la manie et les délires aigus.

Il ne reste donc que la démence dont les caractères puissent offrir quelque analogie avec certaines formes de délire aigu et en effet dans certains cas l'analogie paraît réelle. Cependant un examen attentif fait voir que les déments diffèrent surtout des délirants avec

affaissement des facultés sous le rapport des impressions; elles sont très-multipliées chez les déments et très-rares chez les délirants; si les uns conservent encore quelques vestiges de la vie intellectuelle, ils le doivent aux impressions, tandis que les autres ne vivent guère que par les souvenirs; le monde extérieur est presque pour le délirant comme n'étant pas, circonstance très-notable sous le rapport du pronostic, car le délirant se trouve ainsi comme dans un état de rêve, tandis que le dément, quoique dans l'état de veille, est incapable d'en retirer les avantages; le délirant par ses analogies avec l'homme dans l'état de rêve, se trouve donc en quelque sorte comme dans un état mental compatible avec l'état physiologique, tandis que la situation du dément est complètement opposée aux lois de l'état normal qui veulent que l'éveil des sens entraîne après lui le mouvement et l'activité de l'intelligence.

Plan de la 5e Leçon.

Après avoir étudié les analogies et les caractères communs des délires aigus, il nous reste à examiner leurs caractères différentiels. C'est le sujet de cette leçon. Trois espèces de délires aigus :

1° Délires fébriles; maladies diverses au milieu desquelles ils se produisent; fièvres éruptives au début; importance et gravité de ce délire; fièvres graves et typhoïdes. Caractères spéciaux; rêvasserie; carphologie; délire violent avec un certain degré de stupeur; idée de croire sentir quelqu'un couché; idées persistantes après la guérison; folies chroniques consécutives aux fièvres typhoïdes, formes stupides ou idiotisme accidentel; il en est qui guérissent, d'autres qui ne guérissent jamais.

Délire de la méningite beaucoup plus violent et furieux, agitation extrême accompagnée de phénomènes physiques nombreux, tremblements

de la face et des membres, paralysies partielles, spasmes, contractures, anesthésie, soubresauts, réveils en sursauts, cris; alternance de somnolence avec révasseries; et de réveils furieux; strabisme; diplopie; visions de choses étranges; intermittences complètes du délire pendant plusieurs heures. C'est là le fait le plus remarquable et sur lequel on ne saurait trop insister: il semblerait qu'une maladie avec lésion doit moins comporter la suspension du délire qu'un délire purement nerveux. Eh bien, c'est l'inverse, comme du reste pour les abcès du cerveau qui existent avec de véritables intermittences. Après un délire furieux plus ou moins long, survient la période de coma qui se prépare, peu à peu et succède au délire.

2°. Délires toxiques. Ils sont nombreux; en prendre quelques-uns comme types: 1°. Ex: l'opium et la belladone. généralités sur les fumeurs d'opium dans l'Inde et en Chine. Récits du père Huc: langueur générale de ces populations; impuissance: comme pour le tabac; populations plus facilement conquises; sortes de Lazarronne: il serait utile de bien étudier ces états dans ce qu'ils

ont de spécieux et non simplement en thèse générale. Influence sur les générations à venir; dégénérescences.

Délire de la belladone et du datura.

On a pu souvent l'étudier chez des enfants qui se sont empoisonnés, dans des cas où l'on a administré ces médicaments et où l'on a dépassé la dose qui est variable d'un individu à un autre: au moyen-âge chez les sorciers pour faire aller au sabbat. Voir l'ouvrage de Trousseau et Moreau. Datura dans les hallucinations: folie nature et folie artificielle: antagonisme de l'opium et de la belladone, dont les délires sont à tort considérés comme de même nature. Le délire de la belladone est généralement gai et actif: très-bruyant et remuant. Eclats de rire; sécheresse de la gorge; dilatation des pupilles; troubles de la vue, déterminant des illusions, des phénomènes subjectifs et même des hallucinations. Celles de la vue sont prédominantes et ce qui est caractéristique, c'est la fantasmagorie, c'est-à-dire la mobilité des visions, qui avancent et reculent, se détachent

de la muraille ou d'un tableau, forment un tableau mouvant, marchent vers le malade, grandissent et diminuent etc; et ces visions au lieu d'être effrayantes et terrifiantes, sont plutôt grotesques, bizarres, caricatures excitant le rire et l'étonnement plutôt que la terreur et l'effroi. C'est très-important pour le diagnostic et ce diagnostic délicat est souvent très-utile pour ne pas prendre ces délires passagers pour une affection grave du cerveau. Ex: mon oncle Chambert (de Tours).

Délire du Haschisch. Mr Moreau (de Tours); son livre; étude faite en Orient sur une grande échelle et à Paris expériences fréquemment réitérées. Raconter quelques traits de ces expériences faites à Bicêtre. Variétés individuelles nombreuses, dépendant du mode d'administration, de la dose et de la disposition individuelle de chacun, comme pour l'ivresse, mais malgré cela, il y a des caractères communs propres à la substance, cannabis indica:

1° grande netteté des idées et des hallucinations; bruits extérieurs interprétés en plus ou en moins: il semble que les sens sont surexcités et perçoivent

des sensations très-éloignées, ou bien qu'ils sont émoussés et que tout passe à travers un voile.

2°. conscience de son état et souvenir après l'accès.

3°. absence d'appréciation de la durée du temps.

4°. sensation de légèreté et de se sentir enlevé dans les airs, comme dans beaucoup de délires toxiques.

5°. possibilité de s'étudier intérieurement, ce qui a servi à Mr. Moreau pour vouloir interpréter le rêve et l'aliénation mentale; mais ce n'est qu'une comparaison et non une identité.

Délire aigu proprement dit. Brierre de Boismont et Pinel; bains prolongés. Voisinage de la méningite. Gravité extrême de tous les symptômes: aspect de fébricitant; extrême violence de l'agitation et des actes; répétition machinale des mêmes paroles d'une manière saccadée; les mêmes mots dits avec une sorte de rage jour et nuit: lorsque l'agitation dépasse toute limite et devient comme convulsive, c'est très-

grave. Crochottements; langue desséchée et lèvres id; peau d'une sécheresse mordicante gravité extrême; moyens variés employés; vésicatoires, opium à haute dose, à doses toxiques; il n'est pas absorbé comme dans certains états nerveux, graves hystériques ou cataleptiques. Guérison de cet état très-rare: il survient d'emblée ou succède à d'autres états maniaques. On l'observe aussi dans certaines périodes de la paralysie générale et dans ces cas les malades meurent quelquefois, mais le plus souvent passent outre et arrivent à la démence quand l'agitation s'apaise.

De tous les délires spéciaux celui qui a été le plus étudié et qui mérite le plus de l'être est le délirium tremens. Alcoolisme doit être divisé en aigu et chronique. Le chronique était peu connu il y a 20 ans. Magnus Huss l'a bien étudié en Suède dans des conditions spéciales d'eau-de-vie de pomme de terre, mais cette étude peut servir de type.

Il faudrait plusieurs leçons pour bien étudier ces diverses formes et variétés. Nous nous bornerons à un aperçu rapide.

<u>Délirium tremens</u>. Très-fréquent; agitation

excessive; première période d'incubation plus longue qu'on ne le croit ordinairement, ainsi que l'a bien étudié Mr. Lasègue, tristes, moroses, obtus; digestions difficiles, vomissements; rêves pénibles, cauchemars; visions et perceptions subjectives pendant le jour; vertiges; faiblesse musculaire; découragement; dégoût de la vie; idées de suicide; disposition à s'irriter, à être mécontent de tout; négligence de ses affaires; obtusion des idées, perte de mémoire, demi-conscience de son état; quelquefois actes bizarres; ceux qui vivent avec eux suivent très-bien ces transformations de caractère et en rendent très-bien compte. C'est un stade mélancolique qui dure plus ou moins mais existe presque toujours. Peu à peu ces phénomènes augmentent; les malades parlent à voix basse, vont et viennent surtout la nuit; ils s'égarent, se perdent, oublient, ont des visions variées, se trompent sur les objets extérieurs, sont effrayés, terrifiés, se sauvent, attaquent dans la peur d'être attaqués. L'accès maniaque éclate; il est ordinairement très-intense

et d'une extrême violence ; ce qui domine c'est l'obtusion des idées unie à la violence des actes et à des nombreuses hallucinations de l'ouïe et de la vue, de nature terrifiante ; ils ont peur ; ils reculent de voir leurs visions, voient des monstres, des animaux, des araignées, des personnages effrayants qui se précipitent sur eux et ils fuient ; c'est là le caractère dominant : détonations de fusils et de pistolets.

Article délire de mon père.

1°. Définition. Grande difficulté à le définir : le malade est hors du sillon.

Définition d'Esquirol : il faut ajouter un caractère essentiel, savoir : la non conscience de son état.

2°. Caractères généraux et diagnostic du délire.

Il existe pour chaque homme des manières d'être différentes de celles des autres ; eh bien, lorsque l'homme vient à différer de lui-même, il entre dans le délire.

États de préoccupation, de distraction, de soliloquie.

Trois degrés dans le délire : 1° Celui qu'on suspend facilement ; 2° Celui qu'on n'interrompt que par une impression ou une diversion puissante ; 3° Celui qui est tellement tenace qu'on ne peut le faire cesser un seul instant. Le délire est aigu ou chronique. Il ne survient presque jamais tout d'un coup.

28 Décembre 1866.

8e Leçon.

Pathologie spéciale.

Du délire aigu.

Maladies variées dans lesquelles il se produit : ses degrés, ses variétés, ses diversités. Calme et gai ; triste et violent ; calme et furieux.

1° Caractères généraux qui distinguent le délire aigu en général de la folie. Ces caractères sont insuffisants une délimitation précise. Cependant il faut bien les accepter et ils ont quelque utilité

pour la pratique ; traitement à domicile, séquestration, pronostic de mort ou de guérison rapide.

Trois espèces de délires : 1º fébriles ; 2º toxiques ; 3º délire aigu simple ou délire nerveux.

2º Caractères communs à tous les délires aigus en général qui les rapprochent du rêve et les éloignent de la folie. Séparation du monde extérieur, conséquences de ce fait général dans les idées, les impressions, les actes, la physionomie, la manière d'être vis-à-vis de ceux qui entourent les malades, prédisposition au délire ; enfants, femmes, gens nerveux ; hérédité ; pronostic de ces délires héréditaires.

3º Caractères spéciaux de chaque espèce de délire :

1º Délire de la fièvre typhoïde opposé à celui de la méningite ;

2º Délire de la belladone ;

3º Délire du haschisch ;

4º Délire alcoolique.

Réserver ce dernier pour la leçon suivante.

Questions à étudier relativement au délire aigu.

28 Avril 1865.

1°. Y a-t-il une distinction possible à établir entre le délire des maladies aiguës et celui de l'aliénation mentale ? Les caractères de la fièvre, de la durée, des lésions concomitantes des autres organes sont insuffisantes ; cependant, on peut trouver quelques caractères psychiques qui peuvent mettre sur la voie et faire pronostiquer avec probabilité.

2°. Le délire survient dans les maladies aiguës, non-seulement de préférence dans certaines maladies qui l'appellent, mais chez certains individus prédisposés. Tout le monde sait, en effet, que certaines personnes prennent du délire avec une extrême facilité, tandis que d'autres l'ont difficilement. Ce qui y prédispose surtout, c'est la constitution nerveuse et impressionnable et en particulier les circonstances où cette constitution domine comme l'enfance, le sexe féminin, les individus très-nerveux et débilités etc etc. Une autre circonstance importante à noter dans ce cas, c'est l'hérédité ; il y

à des individus prédisposés par famille à avoir du délire et les familles d'héréditaires sont très-remarquables à cet égard ; les descendants de ces familles prennent du délire avec une extrême rapidité et de plus ce délire une fois produit, surtout à l'époque de la puberté, entraîne des conséquences plus graves que chez des individus non prédisposés, c'est-à-dire la mort très-rapide ou le passage subit et précoce à la chronicité ou à une démence anticipée. Ceci est très-important à noter.

3°. On doit distinguer plusieurs degrés et plusieurs variétés dans le délire aigu ; par exemple : 1° la simple loquacité ou rêvasserie ; le malade, abandonné à lui-même, parle seul, surtout le soir et la nuit ; mais il suffit de fixer fortement son attention pour le réveiller en quelque sorte pour un instant, lui faire ouvrir les yeux de l'esprit et lui permettre de répondre un instant à quelques questions très-simples qui lui sont adressées ; mais aussitôt abandonné à lui-même, il reprend de nouveau le cours de sa rêvasserie et de son délire intérieur, qui consiste dans des mots entrecoupés dont il est difficile de saisir le sens et dont le malade lui-même ne conserve guère le souvenir. 2°. Il y a ensuite le délire plus actif

et plus accompagné d'actes violents et d'agitation qui constitue le terme moyen entre la rêvasserie ou délire tranquille. 3°. Le délire furieux de la méningite ou des affections cérébrales. On a distingué le délire en triste ou gai, tranquille ou furieux, mélancolique et maniaque. Mais ce sont là de simples divisions superficielles et il faut pousser plus loin cette étude. Ici encore le principe de la spécialité des délires doit servir de guide, comme celui de la spécialité des formes pour le délire chronique de la folie.

Du délire dans les maladies aiguës.

Lorsque les médecins constatent l'existence du délire dans les maladies aiguës, ils se bornent à considérer le délire, ainsi que la fièvre, comme un symptôme, comme un fait simple, indécom=:posable, toujours semblable à lui-même, et à rechercher les rapports qu'il peut avoir avec les autres phénomènes de la maladie; ils cherchent à le rattacher à la cause organique, c'est-à-dire à

savoir de quel organe ou de quel état de l'organisme peut dépendre ce délire; mais ils ne pensent jamais à l'étudier en lui-même, d'abord parcequ'ils n'ont pas l'habitude d'étudier les troubles de l'intelligence et des sentiments, et ensuite, parcequ'ils ne sont nullement convaincus que cette étude attentive et comparative pourrait leur être utile pour le diagnostic ou le pronostic de l'affection dans laquelle le délire s'est produit. On envisage le délire en masse comme un fait unique, identique à lui-même, et l'on ne sait pas qu'il y a des diversités dans les délires aigus, comme dans les délires chroniques de l'aliénation mentale, qui pourraient mettre sur la voie d'une étude vraiment clinique des délires aigus, de leur marche et de leurs rapports avec les maladies qui leur donnent naissance.

6 Mai 1865.

Analogies du rêve et de la folie.

(Extrait de Griesinger, p. 108 etc, seconde édition).

On peut comprendre beaucoup d'états maladifs de la folie par les analogies avec des états psychiques voisins, par exemple par le rêve et par le délire fébrile.

1°. Une des grandes analogies est le compte rendu des convalescents qui affirment que leur maladie a été comme un rêve, soit agréable, soit plus souvent pénible, et d'autres qui disent que pendant leur folie, le temps passé leur faisait l'impression d'un rêve.

Chez les aliénés manquent, il est vrai, les principaux caractères du sommeil:

1°. l'occlusion des sens;

2°. la suppression de la conscience du monde extérieur;

3°. la cessation de l'influence de la volonté sur les muscles, toutes choses que nous considérons comme conditions essentielles de nos rêves.

Mais il est connu que l'on rêve d'autant plus que le sommeil est plus incomplet, et qu'il existe des états de sommeil dans lesquels il y a, à un certain degré, et même presque au degré normal, influence de la volonté sur les muscles. (Ex: l'action de parler en dormant, les coups de fouet du postillon qui dort, la marche du somnambule.) De plus, toute cette action des sens que l'on peut appeler intérieure, qui n'est pas provoquée par les

impressions du dehors et qui acquiert une si grande activité chez certains aliénés est en somme un état tout à fait analogue à celui du rêve.

2°. Le rêve, comme l'aliénation, reçoit sa coloration principale des dispositions régnantes qui proviennent de la vie habituelle du malade ou de ses souvenirs.

Caractères psychiques et autres du délire qui permettent de le distinguer de la folie.

Les partisans de l'école somatique allemande et beaucoup de médecins français parmi lesquels on peut citer surtout Mr. Moreau (de Tours), (du délire au point de vue pathologique), n'admettent aucune distinction scientifique, entre le délire aigu et la folie. Le délire, en effet, peut survenir dans les conditions les plus diverses de l'organisme et

28 Avril 1865.

Pour la 2e Leçon.

1°. Lire mon discours sur les classifications.

2°. Lire les 10 leçons de la symptomatologie de mon père.

3°. Relire mon mémoire sur le délire dans les maladies aiguës.

4°. Relire l'article délire de mon père.

5°. Lire le chapitre de Griesinger sur le délire.

6°. Lire le haschisch de Moreau.

7°. Lire la folie des ivrognes par Léveillé.

8°. Réfléchir à l'alcoolisme chronique de Magnus Huss.

9°. Trouver quelques exemples d'empoisonnement par la belladone et relire à cet égard quelques pages de Trousseau.

10°. Lire la thèse de Sagot sur le délire dans dans les maladies aiguës : il y a de bonnes indications à prendre, surtout sur les prodromes.

28 Avril 1865.

Délire de la fièvre typhoïde.

Il varie en degré, selon qu'il n'y a que rêvasserie tranquille et loquacité à voix basse, ou bien au contraire délire bruyant, agité, violent, pouvant aller jusqu'à la fureur et se rapprochant ainsi de la phrénésie des anciens, ou du délire aigu, délire de la méningite ou des inflammations cérébrales.

Dans tous les délires typhoïdes, il y a toujours une portion de stupeur plus ou moins prononcée, par conséquent de vague, de confusion, d'obscurcissement des idées, de somnolence et partant d'absence de netteté dans les idées produites et d'absence de vue claire ou de sens ouverts pour les objets du dehors. C'est le contraire des délires toxiques par le haschisch ou la belladone, et même du délire alcoolique, qui a une portion très-évidente de stupeur ou d'hébétude, mais beaucoup moins prononcée que dans le délire de la fièvre typhoïde.

Les délires typhoïdes sont donc caractérisés par un voile plus épais qui sépare le délirant du monde extérieur. On a peine à faire pénétrer une pensée jusqu'à l'intelligence

par l'oreille ou par la vue, et alors même qu'elle traverse le voile épais, elle arrive confuse et incomplète, ne produit pas sur l'esprit l'effet voulu et ne provoque de sa part aucune réaction en rapport avec cette idée et l'on obtient aucune réponse, alors même que l'individu aurait à moitié compris la pensée. Ces délires sont souvent accompagnés de mussitation, de mouvements inconsistants, d'action de saisir avec les doigts, de chercher avec les mains, de ramasser, véritable carphologie, comme cela a lieu plus fréquemment encore dans le délire de la méningite et des affections cérébrales aiguës, inflammatoires et idiopathiques. Le délire est souvent accompagné de tremblements partiels ou généraux, de mouvements convulsifs légers de la face ou des membres, de fuliginosités d'altération du regard et d'autres phénomènes physiques prononcés.

Le délire peut être relatif aux souvenirs anciens des malades ou à ce qui les occupait avant leur maladie, mais il peut aussi présenter une idée dominante fixe qui souvent même peut persister plusieurs mois après la guérison de la fièvre, malgré les apparences de raison : on voit de même persister des hallucinations

ou la croyance à leur réalité. Le délire qui consiste à croire que l'on a une personne couchée à côté de soi est très-fréquent et pousse souvent les malades à se lever ou à repousser cette personne imaginaire, preuve de la spécialité des délires, même dans le détail le plus minutieux. Le délire aigu est souvent suivi de stupidité ou d'une forme quelconque et durable de la folie.

28 Avril 1865.

Délire du Haschisch.

Caractères particuliers:

1º possibilité de s'étudier intérieurement et d'avoir une conscience parfaite de son état, sans cependant sentir les contradictions, les impossibilités des choses et sans sentir les absurdités, comme dans le rêve; c'est ce qui a porté Mr. Moreau à assimiler le rêve à la folie, au lieu d'y voir une simple comparaison. Donc le délire du haschisch a une grande netteté.

2º. Les hallucinations de tous les sens y dominent comme dans tous les délires toxiques; on entend des harmonies, des concerts; mais sous le rapport de la vue, on a plutôt des

illusions que des hallucinations véritables; en un mot on en a beaucoup moins que dans le delirium tremens et surtout dans celui de la belladone. Ce qui domine ce sont les sensations bizarres de totalité; ainsi par exemple de se croire extrêmement léger, de se sentir enlevé dans les airs, ou suspendu entre ciel et terre, balloté, balancé etc.

3°. On n'apprécie pas du tout la durée du temps, qui paraît singulièrement allongé. Il se passe un si grand nombre de faits et d'idées dans l'esprit en fermentation de celui qui délire par le haschisch qu'il mesure mal le temps par ces intermédiaires et le croit beaucoup plus long. Un quart d'heure paraît un siècle.

4°. Le délire est net à l'intérieur, mais il y a cependant un voile entre l'esprit et le monde extérieur qui travestit tout ce que l'on voit, fait méconnaître les figures et les personnes, fait croire qu'elles s'allongent ou se raccourcissent, et fait commettre de grossières erreurs relativement aux grandeurs, aux distances ou à la forme des objets et provoque ainsi des irritations, des colères, ou des éclats de rire

et des paroles d'ironie.

5°. Mr. Moreau, en s'étudiant lui-même, sous l'influence du haschisch, a cru trouver des éléments précieux pour comprendre le délire des aliénés; en effet, de même que le rêve, ce délire, où l'on peut s'observer et dont on conserve en partie le souvenir, peut fournir beaucoup de termes de comparaison utiles, mais il ne faut pas aller au-delà et y trouver de l'identité, attendu que ce n'est ni le même état, ni les mêmes lois.

23 Décembre 1858.

Délire alcoolique.

Visions effrayantes: les malades sont terrifiés, sous l'empire de la terreur.

Délires toxiques autres, tels que le datura, belladone, etc, fantasmagorie sans terreur; visions qui marchent, s'éloignent ou se rapprochent, défilent sur une muraille, se détachent d'un tableau, etc. C'est une procession, un spectacle que les malades contemplent avec plaisir, ou même en riant (parcequ'il est grotesque), sans en avoir peur, sans reculer d'épouvante, et sans

émotion pénible.

C'est, je crois, un caractère distinctif important entre les délires alcooliques et les autres délires toxiques.

Le caractère de visions, sans relations avec le moi et ne provoquant pas d'émotion pénible, existe aussi, je crois, dans d'autres affections cérébrales et en particulier dans des cas d'hémorrhagie cérébrale.

6 Mars 1873.

Un fait important à noter dans le délire du haschisch, c'est que les malades ont conscience de leur état et cependant sont dupes de leurs conceptions délirantes, de leurs illusions et hallucinations. Il y a là un véritable dédoublement de la personnalité; il y a une portion du moi qui est entraînée dans le tourbillon des idées et des sensations maladives et qui se laissant prendre à ces illusions arrive à croire à leur réalité actuelle et il y a en même temps, une autre portion du moi qui reste indépendante du mouvement automatique de la pensée qui reste assise par derrière pour observer et juger ce qui se passe sur la scène pathologique

et se poser en simple spectateur passif, étranger au mouvement actif de la pensée, simple témoin et non acteur convaincu de la réalité du rôle imposé par la maladie. Ce dédoublement de la personnalité est très-intéressant à étudier et différencie profondément cette variété de conscience de son état, purement observatrice, de celle qui n'est pas dupe de l'illusion et qui s'observe dans les variétés de folie que j'ai appelées folies avec conscience de son état.

10e Leçon.

Alcoolisme.

13 Mai 1865.

Plan de la 10e Leçon.

Le délire alcoolique est un délire spécial qui mérite une description distincte et qui est assez fréquent pour être étudié avec quelques développements :

Divisions. Alcoolisme aigu et chronique : Nous l'envisagerons principalement au point de vue du délire,

mais nous ne pouvons négliger les autres symptômes concomittants, dans le système nerveux et les autres fonctions de l'organisme.

Étiologie. Condition au milieu desquelles on prend l'habitude des boissons; influences prédisposantes tirées de l'hérédité, de l'âge, du sexe, de la disposition individuelle nerveuse et dipsomaniaque qui se reproduit périodiquement et qui influe beaucoup sur la diversité des accidents produits, autant et plus que la nature du liquide ingéré et que le mode d'administration; différences entre le vin, l'eau-de-vie, l'absinthe, les pays du nord et du midi; l'alcoolisme étudié en Suède par Magnus Huss avec l'eau-de-vie de pommes de terre n'est pas le même que celui que nous observons en France; chez eux les accidents physiques pré:dominent; ici ce sont les délires, l'hébétude et la stupeur.

Symptômes. Ivresse trois degrés. Ivrognerie ou état habituel. Dipsomanie à étudier dans les familles d'aliénés et dans les asiles. Mais tout cela doit être mis de côté et en dehors de la description pathologique du délire aigu ou chronique.

1°. <u>Delirium tremens</u>. Description détaillée : période d'incubation mélancolique ; plus longue qu'on ne l'imagine : dégoût de la vie, tristesse, hébétude ; quelques phénomènes physiques demi-conscience de son état ; tremblement le matin ; étourdissements, objets scintillants ; vagabondage, négligence de ses affaires ; obtusion, rêves, cauchemars, perte de mémoire, etc. Explosion violente ; délire aigu et furieux, qui dure de 3 à 8 ou 15 jours : hallucinations nombreuses de la vue ; terreurs ; action de fuir ; détonations ; abîmes, mouvements incessants, grimaces, contorsions ; paroles continuelles mais assez suivies et en rapport avec les occupations habituelles : sueurs abondantes ; état fébrile ; face vultueuse ; insomnie ; terreur peinte sur la physionomie ; cet état dure au moins plusieurs jours et plusieurs nuits ; se termine par le sommeil et des évacuations. Long sommeil. Au réveil, obtusion des idées ; confusion des souvenirs ou anxiété complète.

Terminer la description par quelques mots sur la forme grave admise par Mr. Delasiauve, qui a les mêmes caractères mais poussés à l'extrême, jusqu'à une sorte de rage et dans ces cas la mort est fréquente, ce

qui est le contraire pour les autres cas. Etude de ce delirium tremens faite dans les hôpitaux ordinaires ou dans les asiles d'aliénés.

Maladies diverses au milieu desquelles le délire alcoolique survient; pneumonie; fièvre typhoïde; rhumatisme; difficultés du diagnostic. Etude faite par Léveillé, en 1829, sous le nom de folie des ivrognes. pneumonie du   ; rhumatisme cérébral qui d'après certains auteurs n'existerait pas.

2°. Folie alcoolique en général, ou troubles intellectuels survenant d'une manière plus durable chez des alcooliques ou se produisant dans l'intervalle des accès de délire alcoolique aigu, formes variées que revêt cette folie; stupeur ébrieuse de Mr. Delasiauve; elle a les caractères du delirium tremens en diminutif; la mélancolie prédomine et surtout le suicide et par submersion; dans ces cas aussi, il y a souvent homicide; cas les plus importants pour la médecine légale.

Souvent des individus de cette espèce sont condamnés parcequ'on prend pour de l'ivresse ce qui est un état maladif continue, qui mériterait d'être mieux étudié; il faudrait faire pour les troubles

chroniques de l'intelligence dans l'alcoolisme, ce que Magnus Huss a fait pour les troubles physiques. Mémoire d'A. Voisin; formes diverses; mélancolie pré=dominante; quelques cas analogues à la paralysie générale.

3°. Description de l'alcoolisme chronique à symptômes physiques prédominants: description de Magnus Huss. Plusieurs formes: 1°. prodromique; 2°. paralytique; 3°. anesthésique; 4°. hyperesthésique; 5°. convulsive. Description des accidents physiques dans les autres organes: estomac, cirrhose du foie, néphrite

4°. Marche générale des accidents alcooliques; intermittence; variabilité des phénomènes; mort subite; combustion spontanée; démence définitive; promesses des ivrognes suivies de rechutes; retours fréquents dans les asiles.

Pronostic. résultant de la diversité des accidents, de la marche connue chez chaque individu, de la force de volonté pour résister ou de la tendance périodique constatée antérieurement.

Diagnostic différentiel: 1°. au point de vue du délire avec les autres délires aigus et les folies.

2°. au point de vue des accidents physiques avec toutes les intoxications et par ex: Mercure, phosphore,

ergotine, arsenic, sulfure de carbone, etc.

3°. au point de vue des symptômes psychiques, physiques et de la marche, diagnostic avec la paralysie générale (voir ma thèse)

Anatomie pathologique du cerveau (congestion, hypérémie) hémorrhagies méningées; cirrhose, albuminurie, hydropisie etc.

Traitement variable selon les périodes; préventif et actif: dans le delirium tremens, saignées, antiphlogistique et opium; bains prolongés; boissons acidulées. Dans le délire chronique moyens variés employés; médecine expectante: huile de lin de Magnus Huss, oxyde de Zinc de Marcet. Méthode suédoise pour déshabituer des boissons. Sociétés de tempérance.

Influence de l'alcoolisme des parents sur les générations suivantes: Démence et épilepsie: Mr. Moreau (de Tours) et Mr. Morel. Description des caractères des enfants ainsi prédisposés; mauvaises natures et mauvaises tendances: maisons de corrections et prisons.

Médecine légale de l'alcoolisme. Selon les

législations; ivresse circonstance atténuante ou aggravante; distinctions entre l'ivresse et l'ivrognerie; l'état passager et l'habitude, volontaire ou involontaire. Il faut tenir grand compte de la dipsomanie et de la diversité des formes aiguës ou chroniques: ce sont les formes chroniques qui devraient être surtout étudiées et elles ne le sont pas assez; comment apprécier l'état vrai de l'intelligence dans les divers degrés par lesquels passe l'alcoolisant dans l'intervalle des grands accès?

Terminer par quelques réflexions sur la séquestration des ivrognes et les lois existantes.

13 Mai 1865.

Faits à noter et à signaler dans la leçon sur l'alcoolisme.

1.° Méthode suédoise comme moyen de traitement.

2.° Delirium tremens suraigu ou forme grave de M.r Delasiauve; forme mortelle arrivant presque au degré de la méningite.

3.° Délire roulant sur les idées habituelles et sur la profession des ivrognes (Léveillé).

4°. Médecine légale de l'ivresse et de l'alcoolisme.

5°. Dipsomanie revenant par accès dans diverses formes de maladies mentales. Périodicité.

6°. Influence de l'hérédité sur la tendance à boire et de celle-ci sur les mauvaises tendances des enfants.

7°. Ingestion des boissons le matin à jeun.

8°. De l'ivresse chez la femme.

9°. Des excès alcooliques comme cause de la paralysie générale; c'est à la fois cause et effet.

10°. Diagnostic différentiel de l'ivresse et de la paralysie générale.

11°. Stade mélancolique dans la période d'incubation ou prodromique du delirium tremens, période plus longue qu'on ne le croit.

12°. Signaler les abus de boissons qui surviennent dans diverses formes instinctives des maladies mentales, d'une manière périodique et donnent lieu à un état alcoolique surajouté à l'état habituel, qui rend le diagnostic très-difficile: ce n'est pas alors de l'alcoolisme vrai;

il faut découvrir le fond sous l'apparence et faire la part des deux états concomittants.

13 Mai 1865.

Idées à développer dans la leçon sur l'alcoolisme.

1° Le penchant au suicide est très-fréquent chez les ivrognes et presque toujours c'est le suicide par submersion.

2° Hallucinations de la vue très-fréquentes; ils voient du feu, des lumières, des incendies; souvent aussi ils voient des animaux, des insectes, des monstres et ils fuient; l'action de fuir est un fait très-important à noter.

3° Il y a souvent des homicides dans le délire alcoolique; les malades tuent leurs femmes pendant la nuit et se précipitent sur elles avec férocité; il y a plus de netteté d'idées que pendant l'ivresse et pourtant peu de souvenir après l'accès. Il y a là, comme en beaucoup d'autres points, beaucoup d'analogies avec le délire épileptique.

4°. Les ivrognes vivent souvent très-longtemps, tandis que les véritables intoxiqués vivent peu et meurent dans les convulsions; cela tient à l'idiosyncrasie des malades qui les prédispose à prendre telle forme de l'intoxication plutôt que telle autre et au mode d'administration du poison qui fait éclater les accidents sous une forme ou sous une autre.

5°. Signaler les sueurs abondantes et le profond sommeil comme caractères essentiels du delirium tremens. La fureur aussi est extrême.

6°. Questions délicates relativement à la séquestration des délires alcooliques. La loi est ici en désaccord avec les résultats de l'observation, mais il est difficile d'en faire une bonne, à cause de la variété des cas qui se présentent à l'observateur et de la liberté individuelle.

7°. C'est une erreur de croire que le delirium tremens soit toujours le résultat d'un usage plus fréquent et plus prolongé des alcooliques que l'ivresse; la production du delirium tremens est due à des circonstances particulières et individuelles et non à la quantité ou à la durée d'action du poison.

13 Mai 1865.

Idées pour la leçon sur l'alcoolisme.

1°. Maladies qui surviennent chez les enfants procréés par des pères en état d'ivresse : Epilepsie ; maladies variées ; dégénérescences. Travaux de M^r. Demeaux, Morel et Moreau (de Tours).

2°. Signaler l'influence de l'alcool dans les maladies des hôpitaux ordinaires : pneumonies (du sommet avec délire) fièvres typhoïdes ; rhumatisme. Plusieurs médecins soutiennent que le rhumatisme cérébral est un délire alcoolique.

3°. Différences à établir entre l'intoxication par l'absinthe ou par l'alcool. M^r. Ferdinand Moreau prétend que l'absinthe pure est moins nuisible que mélangée.

4°. Une différence importante à signaler dans l'absorption de l'alcool, c'est qu'il est bien plus nuisible pris seul et à jeun que mélangé avec des aliments solides.

5°. Le tremblement est surtout manifeste le matin à jeun et diminue par l'ingestion d'une certaine quantité d'alcool, de même que l'intelligence elle-même cesse d'être aussi obscurcie après l'ingestion d'une dose alcoolique modérée.

6°. L'alcoolisme produit souvent la cirrhose et la maladie de Bright.

7°. Insister beaucoup sur la période d'incubation qui précède de plusieurs jours l'accès de delirium tremens et qui existe souvent dans les intervalles chez les alcoolisés.

8°. Signaler les diversités de délire observées par A. Voisin chez les alcoolisés de Bicêtre, la prédominance du délire mélancolique, mais l'existence aussi du délire caractéristique des grandeurs comme dans la paralysie générale.

9°. Parler de la forme grave du delirium tremens signalée par Mr. Delasiauve.

Idées à noter dans la description de l'alcoolisme.

1°. Il y a indépendamment des accès de delirium tremens suraigu, des cas de délire plus calme et plus chronique, à forme principalement mélancolique, qui s'observe dans les asiles d'aliénés et qui mérite surtout d'être étudié pour la médecine légale, attendu que c'est dans cet état mixte, intermédiaire à la raison et à la folie que se produisent le plus souvent les actes violents.

11e Leçon.

De la Manie en général.

---

14 Janvier 1867.

Mr. Lasègue dit :

1º Dans la science mentale actuelle on a décrit des genres vagues, comme la manie, la mélancolie et la démence, dans la description desquels on peut faire entrer les faits les plus disparates. Pour convenir à tous ces faits dissemblables, ces descriptions sont obligées d'avoir une grande élasticité et de comprendre les symptômes les plus opposés, comme par exemple le tableau de la mélancolie tracé par Griesinger. Or, lorsqu'on se trouve en présence des magistrats avec de pareilles descriptions, on ne peut y retrouver le tableau exact du fait particulier que l'on a sous les yeux et le médecin légiste se trouve obligé de disserter, comme l'avocat ou le psychologue sur les mobiles de l'acte et de faire une étude psychologique du cas particulier au point de vue du caractère de l'intelligence, de la volonté et de comparer idéalement cet invidu avec le type général que chacun de nous se fait de la raison.

Eh bien, c'est là l'enfance de la médecine légale et ce n'est pas là un point de vue médical. Tout le monde doit se croire apte à faire cette comparaison psychologique individuelle, au même titre et à plus de titre encore que le médecin. Le vrai progrès de notre science spéciale, pour la pathologie comme pour la médecine légale, consistera à perfectionner la description clinique des catégories de faits telles qu'on les rencontre chez les aliénés. Au lieu de décrire des <u>genres</u> vagues et indéterminés, comme la manie et la mélancolie, embrassant un trop grand nombre de faits pour que la description s'adapte également bien à tous, il faut décrire <u>des espèces et des variétés</u>, et en se rapprochant ainsi davantage de la réalité on se rapprochera du vrai et on trouvera alors des catégories, dont tous les faits se ressembleront entr'eux à un tel point, que le médecin légiste et le magistrat pourront facilement retrouver le cas spécial soumis à leur examen, dans la description type faite à l'avance de la catégorie spéciale et naturelle à laquelle ce fait appartient.

C'est ce que nous pouvons déjà faire pour plusieurs variétés bien connues, et c'est ce qu'il faut chercher à obtenir pour toutes : au lieu de faire le diagnostic de la folie en général, le médecin clinicien, comme le médecin légiste, doit arriver à faire le diagnostic spécial de telle espèce de folie. Alors seulement nous aurons réellement une science spéciale, une pathologie spéciale, et le public s'inclinera devant nous, devant notre compétence, comme il s'incline devant un médecin ordinaire qui lui dit : voilà une pneumonie.

P.S : C'est la même idée que Griesinger a déjà exprimée en disant : "Mon traité des maladies mentales n'est qu'une pathologie générale de la folie ; il reste à faire une pathologie spéciale."

7 Janvier 1867.

Plan de la leçon sur la Manie.

Période prodromique. Pas d'invasion brusque.
Changement dans les habitudes.
Stade mélancolique.
Conscience de l'état ; sentiment d'une rechute.

le malade se domine encore et peut cacher son délire ; puis il éclate.

Symptômes physiques : digestifs : insomnie ; rêves, malaise ; état fébrile : à l'explosion de l'accès, le malaise disparaît et arrive le bien-être.

Anomalies du caractère, des sentiments et des penchants. Excitation générale ; besoin de tout traduire au dehors ; émotions vives s'exprimant par des mouvements également vifs.

Penchants vagues ou déterminés : érotisme, vol, meurtre, besoin de boire. Variabilité d'humeur : les dispositions les plus différentes se succèdent.

Au début, le malade se sent entraîné malgré lui. Plus tard, il ne s'en aperçoit plus.

Les actes sont instinctifs, ainsi que l'a dit Jacobi : c'est un besoin de mouvement à projeter au dehors. D'autres fois, ils paraissent calculés et l'on croit les malades méchants, surtout quand l'excitation est à un degré moindre.

<u>Intelligence</u>.

Cours des idées accéléré.

Rapidité extrême qui exclut toute idée

de choix : idées fragmentées, ellyptiques.

Mémoire exagérée : récitations de pièces de vers, poësies, etc

Association d'idées rapides ; consonnances, rythme, chant.

Donc anomalie intellectuelle principale est l'incohérence.

Idées délirantes passagères ou plus fixes.

Pas de faiblesse intellectuelle.

Sensibilité, mouvements et fonctions organiques : hallucinations : illusions anesthésies et hypéresthésies. Lésions de la sensibilité générale, alternance avec d'autres maladies nerveuses, telles que la chorée, la catalepsie, l'extase, le somnambulisme, etc. Lésions générales des mouvements : force exagérée des maniaques : résistance aux températures chaudes et froides ; ceci a été exagéré. Convulsions, contractures, crampes, lésions locales du système musculaire, moins nombreuses si on exclut la paralysie générale.

Sommeil. Etat du pouls, chaleur. Etat des fonctions digestives. Fonctions génitales ; nymphomanie. Lésions des divers organes : phthisie (son alternance avec

la manie) maladies du cœur, du foie, des organes génitaux, de l'intestin. Ecole somatique allemande; folies sympathiques : les français sont cérébristes; il est difficile de démontrer la relation et le rapport étroit entre les maladies de l'organisme et l'état maniaque.

Marche de la manie. Plus grande lenteur qu'on ne le croit dans l'incubation : invasion brusque très-rare. Une fois que le flot monte, il arrive rapidement au summum. Période d'état avec simples différences de degré d'un moment à l'autre. Il y a toujours des moments de paroxysmes et des moments de calme, mais il ne faut pas les confondre pour le pronostic avec les rémissions plus fortes des folies rémittentes qui sont plus graves. Variations dans le type : folies rémittentes, périodiques à courts ou à longs accès ; folies intermittentes à longs intervalles, deux ou trois accès seulement pendant toute la vie ; folie circulaire, dont l'étude sera faite à part.

Durée habituelle de la manie : délire aigu de trois semaines ou un mois, six semaines;

accès de deux à six, puis neuf mois, un an, dix-huit mois, deux ans. Après ce temps guérison plus rare. Terminaison par le passage à la chronicité et à la mort par l'évolution même de l'affection cérébrale par épuisement et enfin par maladie incidente, telles que phthisie, pneumonie, entérite, etc.

Terminaison par la guérison brusque et subite; un voile qui tombe (folie intermittente); lente et pro:=gressive, graduellement ou par oscillations; c'est la bonne manière: crises physiques ou morales; état des convalescents; précautions; affaissement mélancolique; craintes de rechute. Etat mental après la guérison: le malade a plus ou moins conscience et plus ou moins honte de sa maladie; les souvenirs sont plus ou moins nets; il l'apprécie plus ou moins bien et revient plus ou moins à la vie antérieure et à ses sentiments naturels. C'est de là que se tirent les signes de solidité de la guérison.

6 Janvier 1865.

Symptômes physiques de la Manie.

Sensibilité. Hallucinations et illusions : ces dernières plus fréquentes ; prendre une personne pour une autre ; interpréter les bruits entendus ; attention portée à des bruits insignifiants et non aux choses principales. Exaltation de la sensibilité des sens, de l'ouïe surtout. Anesthésie et hyperesthésie plus rares ; cas spéciaux où ces symptômes peuvent se présenter.

Mouvements vifs et animés ; impulsions constantes aux contractions musculaires ; les muscles qui concourent à la parole : voix modifiée, saccadée, etc. Regard vif, traits tendus, grimaçants. Exagération de la force musculaire chez les maniaques : on l'a exagéré, mais elle existe (Pinel et Esquirol) Causes d'erreurs ; grande dépense de force, absence du sentiment de fatigue et audace pour lutter sans tenir compte de ses forces vraies. Quelquefois, convulsions dans les organes des mouvements, grincements de dents ;

contractions de la face; convulsions étendues : Dans quels cas peuvent survenir ces accidents? 1°. paralysie générale; 2°. folies hystériques ou se rapprochant du rêve et du somnambulisme avec plus ou moins d'extase ou de catalepsie; 3°. états cérébraux aigus décrits par M^r. Calmeil qui peuvent survenir dans les folies chroniques, mais les vrais symptômes paralytiques ou convulsifs sont très. rares dans la manie vraie ou essentielle.

Insomnie; symptômes fréquents dans les 1res: périodes et plus tard quelquefois pendant plusieurs mois. Cas chroniques; rémissions et paroxysmes; intermittences de deux jours l'un; insomnie se prolongeant dans la convalescence.

Anomalies de la sensibilité;

vertiges, bouffées de chaleur, sensation d'aura, sensations anormales de la peau, douleurs dans les membres, insensi:bilité apparente ou réelle pour le froid et la chaleur : anesthésies rares.

Appétit exagéré dans beaucoup de cas; malades voraces; dépravation du goût : le sentiment de satiété leur manque; l'appétit n'est pas. réglé sur la dépense musculaire; il y a une étude à faire sur les relations

à établir entre les fonctions de digestion et la nutrition; ex: des malades qui refusent les aliments et qui vivent; d'autres qui mangent beaucoup et maigrissent; comparaison avec les animaux hibernants. Il en est qui oublient complètement de manger. Il y a donc les deux extrêmes selon les périodes. D'autres mangent leurs excréments.

<u>Penchant vénérien</u>. Les uns très-exaltés sous ce rapport: toutes les idées roulent sur ce sujet; chez les autres, développé accessoirement; enfin, dans d'autres cas, il n'y a aucun appétit vénérien. Discours et écrits obscènes, attouchements, onanisme, action de se découvrir plus fréquent chez la femme.

<u>Menstruation</u> le plus souvent irrégulière ou supprimée; le retour des règles n'a souvent aucune influence sur l'état mental; souvent il amène une aggravation; dans d'autres cas, il coïncide avec la guérison.

<u>Circulation et digestion</u>. Souvent pas de troubles de ce côté. Il faut toujours les chercher parceque leur connaissance peut être utile pour

la thérapeutique, mais il ne faut pas compter dessus pour le diagnostic. Souvent pouls calme et pas fréquent; rarement ralenti; plutôt petit que plein. Palpitations nerveuses et maladies du cœur sont rares. Congestions violentes à la tête, face rouge; tête chaude. Pas de fièvre le plus souvent: thermomètre, température normale, excepté dans l'agitation maniaque de la paralysie générale (L. Meyer.)

Digestion. Langue souvent chargée; sécrétion salivaire souvent augmentée; rarement soif, excepté dans les cas de boissons alcooliques; selles irrégulières, difficiles; souvent altérations des fonctions digestives et refus d'aliments.

Amaigrissement habituel, malgré l'augmentation de l'appétit; paraissent plus vieux qu'ils ne sont; cette mauvaise nutrition est souvent due à un état morbide antérieur; anémie, maladies fébriles ou mélancolie; elle peut être due aussi à l'insomnie et à l'agitation, quelquefois, il y a, sous l'agitation, une lésion organique comme la tuberculisation.

13 Mai 1865.

Description générale de la Manie d'après Griesinger.

La Manie survient rarement d'emblée. Depuis long temps les dispositions, les tendances, les penchants des malades sont changés et le plus souvent sous la forme de la tristesse. Le stade mélancolique, court ou long, constitue la période d'incubation de la manie. Le mélancolique com=
=mence alors à montrer de l'inquiétude, de l'agitation; il ne se trouve plus bien nulle part; il va et vient, se promène en plein air, dans les champs, ou bien il va chez des amis, rendre des visites avec le vague désir de chercher du secours. Il manifeste son délire triste, s'il existe, plus volontiers, il parle davantage, la voix devient plus forte, en toutes choses il devient plus actif. Son appétit augmente; il se plaint souvent d'une douleur au creux de l'estomac. Ils se plaigent aussi d'oppression, d'un sentiment d'anxiété. Des malades qui ont déjà eu un accès, sentent eux-mêmes qu'un nouvel accès approche

et demandent qu'on ait soin d'eux et qu'on les éloigne de leur entourage. Le penchant pour les boissons se développe alors fréquemment et contribuent à augmenter l'excitation qui monte d'elle-même.

En même temps que la mobilité augmentée et le besoin de sortir au-dehors se développent de nouvelles idées ou de nouvelles sensations, qui d'abord étonnent et effraient les malades, qu'ils parviennent d'abord à comprimer et à cacher mais qui bientôt éclatent malgré eux, en actions et en paroles. En même temps que ces symptômes psychiques se développent dans cette première période, des symptômes physiques dans les fonctions de la circulation, de la digestion et de la nutrition. D'abord, sentiment de maladie, lassitude, insomnie, rêves, douleurs de tête, de dents ou de poitrine; hallucinations des sens, vertiges, pâleur et rougeur alternative de la face; amaigrissement; coloration jaunâtre de la peau; voracité; enduit de la langue; constipation, palpitations; fréquence plus grande du pouls; état fébrile général; cessation de la menstruation; souvent augmentation du penchant génital. Les traits du visage se défigurent, s'altèrent; léger tremblement de tout le corps; la sensation

pour les changements de température et pour la douleur devient plus obtuse.

Lorsque la maladie a réellement éclaté, le malaise et le sentiment de maladie disparaissent et et l'individu déclare ne s'être jamais aussi bien porté.

Après cet aperçu de la période d'incubation, nous allons décrire les symptômes de la maladie confirmée, tout en prévenant que dans ce tableau type, il y aura beaucoup de traits empruntés à des individus très différents et qu'on ne peut par conséquent trouver tous réunis chez un seul maniaque.

I. Anomalies des dispositions, des penchants et de la volonté.

Résumé du tableau de la Manie dans le livre de mon père.

Aliénation générale avec excitation

En désaccord avec eux-mêmes et la nature entière.

Méconnaissent le passé et le présent et n'ont aucun souci, aucune prévoyance de l'avenir.

Penchants, sentiments, intelligence, volonté boule=versés, présentent l'image du chaos.

Agitation intérieure, source de l'agitation extérieure.

Tourbillon d'idées, de sensations, d'impulsions, d'émotions qui ne permet à l'esprit de se fixer nulle part et enlève à l'esprit toute liberté de choix.

Au lieu d'employer son activité à un travail déterminé, le maniaque ressemble à une machine qui emploierait ses forces à se faire mouvoir elle-même.

Agitation intérieure, malgré le calme des impressions et l'occlusion des sens.

Agitation physique, besoin incessant de mouvement qui fait irruption par les membres, la voix, les cris, la parole, le chant.

Dans cette excitation physique et morale, les maniaques sont le jouet des impressions extérieures et intérieures et des idées anciennement acquises.

Ils saisissent avec avidité les impressions les plus fugitives et les plus éloignées, mais trop rapides pour être appréciées, elles viennent s'altérer au contact

des idées qui se pressent dans l'esprit et des émotions qui s'y croisent.

Sentiments. Les plus opposés surgissent avec la rapidité de l'éclair et poussent aux actes les plus violents. La colère se peint dans les traits; injure, blasphème, menaces. Tout les exalte et les irrite, la lumière, le bruit, le silence même : du reste l'impulsion à la fureur est instinctive et spontanée.

De temps en temps haine et ressentiment, mais le plus souvent impulsion aveugle. C'est ce que prouvent les actes et les paroles; paroles in=cohérentes et souvent sans rapport avec un motif d'irritation. C'est en rappelant un bienfait qu'un maniaque insulte ou se précipite, ou éclate de rire et fait des choses plaisantes. Du reste l'agitation n'est pas toujours violente; il y a des maniaques d'une humeur gaie, expansive et nullement malfaisante.

Intelligence. Suractivité générale de l'intelligence dans laquelle les idées apparaissent si vives qu'elles échappent à toute règle.

Les facultés semblent isolées dans leur sphère d'action; chacune agit en liberté, sans

contrôle de l'une sur l'autre.

Idées fragmentées; langage tronqué; se succèdent avec une rapidité et une incohérence, prototype du délire.

Phrases hachées, mystiques, pleines de réticences.

Difficile de suivre la trace de l'ordre de succession des idées.

Quelquefois répondent juste à une question, mais une impression, un souvenir, une simple consonnance suffisent pour changer la direction des idées et les entraîner ailleurs, et si on réitère la même question, ils répondent d'une manière différente.

Quelquefois le silence succède rapidement à la parole la plus bruyante; mais l'expression de la physionomie indique la préoccupation intérieure. La présence des objets extérieurs ne peut rien pour distraire ces maniaques du travail intérieur de leurs pensées; ce qui prouve qu'ils puisent autant dans les souvenirs que dans le monde extérieur.

D'autres fois, ils passent rapidement du désordre le plus intense à une raison droite que le moment suivant voit disparaître, de l'excentricité la plus burlesque à un recueillement profond.

12e. Leçon.

Variétés de la Manie.

Manie suraiguë.

Voisine du délire aigu : État fébrile ; peau chaude et sèche ; grande incohérence des discours ; paroles incessantes ; mots répétés machinalement et comme avec une sorte de rage ; mouvements incessants dans tous les sens ; insomnie absolue ; tous les phénomènes poussés à l'extrême ; regard profondément altéré ; physionomie exprimant l'hébétude et l'étonnement ; rapports peu fréquents avec le monde extérieur ; délire intérieur ; rêvasseries ; carphologie ; beaucoup d'analogies avec les caractères indiqués pour le délire aigu ; refus absolu d'aliments et des boissons ; crachottement perpétuel ; langue sèche et lèvres couvertes d'enduits avec un pouls souvent peu fréquent ; absence complète du sentiment de maladie et de l'état de faiblesse : Ces malades doivent être traités au lit et ils y sont souvent ; mais si on les laisse

levés, ils marchent et courent sans sentir la fatigue et s'épuisent en mouvements incessants, en cris perçants; leur voix se brise, se casse à force de crier; on peut à peine les entendre parler et pourtant ils parlent toujours; ils s'épuisent en efforts superflus; pas un moment de répit. C'est navrant de voir cette agitation incessante que rien ne peut calmer et qui continue sans interruption malgré les conseils, les sollicitations et les calmants. Cet état dure souvent longtemps; cependant, en général, plus la manie est aiguë, plus elle est de courte durée et aboutit rapidement à la guérison ou à la mort. D'autres fois, mais plus rarement, elle passe à la chronicité et baisse peu à peu de niveau pour aboutir à une simple loquacité chronique.

<u>Anatomie pathologique</u> est celle du délire aigu.

<u>Traitement</u>: Calme des impressions; chambre ou cour isolée; obscurité; repos au lit; beaucoup de boissons alimentaires; pas d'aliments solides; purgatifs; bains prolongés; narcotiques à doses très-fortes; ils produisent ordinairement peu d'effet; ils ne sont pas absorbés, comme dans l'hystérie. Camisole et non restraint.

Manie intermittente ou périodique.

Très-fréquente dans les asiles. On en voit à tous les degrés possibles.

1°. Accès très-éloignés; deux ou trois dans la vie; ils se produisent sous l'influence de causes appréciables ou sans causes: ces malades résistent souvent à des causes qui ont produit le premier accès, comme l'accouchement ou un profond chagrin et retombent plus tard à la suite d'une cause occasionnelle peu importante; donc, c'est bien périodique, par suite d'une cause intérieure et non une rechute par cause étrangère.

2°. Accès beaucoup plus fréquents et plus rapprochés; tous les deux ans, tous les ans; ou bien enfin, accès courts avec intervalles également courts, tous les deux ou trois mois; ou même tous les mois; enfin, accès alternant tous les deux ou trois jours. Toutes ces formes à petits accès sont graves et incurables, que l'intervalle soit une rémission très-marquée ou une véritable intermittence; les rémissions ne sont de bon augure

que quand elles sont peu prononcées. Les formes sont les plus héréditaires de toutes.

3°. Accès de manie alternant avec de la mélancolie ou folie circulaire; nous en ferons l'objet d'une leçon spéciale.

4°. Accès périodiques de nature épileptique ou hystérique; nous en parlerons tout à l'heure.

Les manies intermittentes ont des caractères communs qu'il importe de signaler:

1°. L'invasion est rapide; les symptômes précurseurs existent et les malades qui les ont déjà éprouvés les signalent eux-mêmes à l'attention; vomissements, embarras gastrique, fatigue, prostration, mélancolie, ou bien besoin incessant de parler et d'agir, de faire des visites, d'écrire des lettres, d'entreprendre etc. Les malades demandent souvent eux-mêmes à être enfermés.

2°. L'accès une fois produit a absolument les mêmes caractères à tous les accès et à chaque période de chaque nouvel accès: mêmes symptômes physiques et moraux; mêmes paroles, mêmes expressions dans les mêmes termes et mêmes actes.

3°. Durée continue au même degré sans rémissions

notables.

4° Guérison rapide, presque subite, comme un voile qui tombe.

5° Souvenir de l'accès en général, mais pas de honte ; on retourne dans le monde sans crainte comme après un accès de fièvre sans chercher à cacher son mal.

6° Formes plus héréditaires que les autres variétés de la manie.

Exaltation maniaque simple.

Analogies et différences avec la manie : l'analogie est dans l'excitation et la suractivité de toutes les facultés et dans le désordre des actes ; la différence essentielle est dans l'incohérence d'une part et la suite des idées d'autre part. C'est là une différence capitale et qui entraîne des conséquences nombreuses dans le détail des manifestations et des actes.

Volubilité extrême des paroles : les malades

parlent avec une grande facilité qu'ils n'avaient pas autrefois; ils composent des airs, récitent de longs passages depuis longtemps oubliés, font des vers, écrivent beaucoup. Leur activité intellectuelle est incessante comme leur activité physique.

Leurs sentiments sont surexcités comme leur intelligence et leurs mouvements; sympathies vives et antipathies violentes: passent rapidement de l'un à l'autre; caprices; haines violentes; inventions mensongères; récriminations, plaintes, menaces; propositions érotiques (Mme Mathilde). Ils se plaignent de tout et de tous, malveillants. Ils inventent des histoires nombreuses, accusent, calomnient, mensonges extraordinaires; inventions sataniques (ceci se rapproche de l'hystérie et doit être réservé pour la Manie hystérique). Ils sont le trouble et la peste des ménages, des familles et des asiles ou des maisons de santé.

Désordre des actes. Absence complète de réserve, de tenue, de propreté, de pudeur; désordre et malpropreté; costumes bizarres ou demi-vêtus; couronnes sur la tête; ramassent dans leurs poches tous les objets qu'ils rencontrent; font des collections de petits papiers et

d'objets malpropres; désordre personnifié; font des niches, cachent les objets (ceci est surtout vrai de l'exaltation de la folie circulaire). Ils sont irritables et colères; cherchent querelle et dispute; sont taquins et se portent facilement aux actes violents quand on leur résiste; difficiles à contenir; pleins d'esprit; passent pour raisonnables; se plaignent d'être enfermés; écrivent des lettres, des réclamations aux autorités, se plaignent de tout.

Symptômes physiques. Exubérance de force; insomnie; absence du sentiment de fatigue; activité de toutes les fonctions; sentiment de bien-être et de très-bonne santé; absence du sentiment de maladie et de conscience de son état; appétit vorace; forte impulsion du cœur.

Marche continue: C'est une période de manie ou une période de folie circulaire.

On l'observe aussi au début de la forme expansive de la paralysie générale; mais il y a alors en plus les idées de grandeur et la débilité intellectuelle commençante.

13 Décembre 1858.

Caractères des folies hystériques et qu'on pourrait dire plutôt type de folie particulier chez la femme.

Accès très-forts et avec rémittences simulant des guérisons.

Pendant les accès, véritables rages; besoin de déchirer, de mordre, de frapper; les malades se chaussent d'une idée, s'y accrochent; elle reste fixe pendant quelque temps, puis elle est brusquement remplacée par une autre, prise au hasard, fournie par une occasion fortuite et à laquelle la malade croit avec la même force de conviction qu'à la précédente.

Actes instantanés, violents, non motivés.

Idées érotiques; caractère romanesque; sympathies et antipathies.

Salivation.

Guérisons apparentes; rechutes rapides; démence précoce, stupide, avec malpropreté, désordre des actes, actes violents et instantanés (Mme Hortense).

Manie hystérique.

Ne pas la confondre avec la manie chez la femme.

1°. Conservation plus grande de l'intelligence, malgré l'extrême désordre des actes.

2°. Action de briser, de déchirer, de cracher, de mordre, par le besoin instinctif et avec intention de nuire.

3°. Mensonges et inventions sataniques.

4°. Sentiments infernaux, haineux, capricieux ou érotiques.

Caractère hystérique.

5°. Conceptions délirantes spontanées, surgissant on ne sait d'où et qui s'enracinent.

6°. Salivation.

7°. Dépravation des sens; se déshabiller; déchirer; érotisme; mastrubation; manger de la terre.

8°. Rémissions très-marquées et récidives fréquentes.

28 Juillet 1858.

Ecrire une note sur les manies hystériques:
Actes instantanés
Erotisme
Rémittences fréquentes
Passage successif à la démence, à l'occasion de Melle Louisette qui en est un exemple frappant et à l'occasion des faits de Mr Morel.

Ne pas oublier la salivation et la comparaison avec Mme Hortense et Mme Camille.

3 Novembre 1858.

Il y a souvent altération de la voix dans la manie hystérique: voix rauque.

Excitations et colères rapides et peu durables pour des riens.

Ce sont des agitations instantanées qu'il faut laisser se dépenser au dehors et qui ne tardent pas à s'apaiser.

28 Février 1859.

Caractères principaux des folies hystériques.

1°. Conceptions délirantes ayant tout à la fois le caractère de la fixité et de la mobilité : les idées poussent tout à coup, sans motif, sans base, on ne sait d'où : l'esprit s'accroche pendant un certain temps à une idée, quelque bizarre qu'elle soit, y reste fixé pendant trois semaines, un mois, deux mois, sans que rien puisse la faire disparaître et diminuer l'intensité de la conviction ; puis, tout à coup cette idée disparaît, mais à condition seulement d'être immédiatement remplacée par une autre, aussi bizarre, aussi peu motivée et qui acquiert pendant quelque temps le même degré de fixité.

2°. Actes violents, brusques, instantanés, non motivés ; les malades se déshabillent, brisent un objet, frappent une personne, se jettent à l'eau ou se suicident d'une manière quelconque, pour le motif le plus futile, pour un oui ou pour un non ; et si elles n'ont pas de suite sous la main

le moyen de se faire du mal, elles n'y songent plus une heure après.

3°. Les malades inventent des mensonges, des romans, des histoires diaboliques sur les personnes qui les entourent, les accusent des actions les plus infâmes, racontent qu'on a voulu les violer etc, et savent donner à ces récits un tel cachet de vérité ou de vraisemblance qu'elles induisent en erreur les personnes non prévenues et nuisent ainsi beaucoup à la réputation de personnes innocentes contre lesquelles elles s'acharnent avec une rage presque satanique.

4° L'érotisme domine dans leurs idées et dans leurs actes et alterne souvent, d'une manière remarquable, avec les idées religieuses. Elles s'éprennent passionnément de quelqu'un. Elles veulent se marier à tout prix ou déclarent qu'elles ont le mariage en horreur et qu'elles veulent se faire religieuses. Elles se croient damnées ou enceintes; elles ont des animaux ou le diable dans le corps etc etc. Elles ont, sous ce rapport, les conceptions délirantes les plus absurdes. Souvent il y a masturbation et des espèces de rages utérines (nymphomanie). Elles provoquent les hommes, relèvent leurs vêtements, se

mettent toutes nues dans leur chambre ou dans dans leur lit etc etc.

5°. Phénomènes physiques fréquents: maux de tête; chaleurs subites à la face et rougeur; coliques; troubles de la menstruation; anesthésies partielles; sensations de suffocation, de boule ou de clou hystérique; froid et coloration bleuâtre des extrémités, etc. Souvent salivation, perversion du goût qui les porte à manger de la terre ou à boire leur urine.

6°. La marche de la maladie est essentiellement rémittente; les conceptions délirantes et les actes déraisonnables existent même dans les rémissions, mais il y a de fréquents paroxysmes qui durent plusieurs heures ou plusieurs jours et sont comme des espèces de rages: c'est le seul mot qui puisse donner une idée exacte de cet état qui est maniaque par les actes (car les malades mordent, poussent des cris instinctifs, crachent à la figure, injurient, insultent, répètent les mêmes mots et les mêmes membres de phrases avec une persistance et une continuité désespérantes) mais cet état qui

n'est pas maniaque <u>au fond</u>, puisqu'il n'y a pas trouble général de l'intelligence, ni incohérence, puisque les malades tournent autour de la même idée, l'expliquent, la commentent, la justifient, la développent, emploient le raisonnement, la ruse, la finesse et tous les plus mauvais instincts au service de cette idée, pour nuire, détruire et en un mot pour faire le mal en paroles et en actions.

Pendant ces accès, ces malades ont des paroles obscènes, ordurières, jurent, trouvent des idées et des expressions qu'on s'étonne toujours de trouver dans la bouche de jeunes filles, qui s'associent à cette maladie d'une manière vraiment remarquable et alternent quelquefois avec des idées religieuses ou des tendances mystiques.

En même temps, ces malades sont malpropres en actions comme en paroles; elles sont gâteuses, urinent sous elles, le jour et la nuit, mangent leurs excréments, mangent de la terre, se roulent par terre, sont négligées dans leur mise, se déshabillent, relèvent leurs vêtements, sont en un mot le désordre personnifié. Elles déchirent ou crient pour la moindre contrariété et font tout ce qu'elles savent être désagréable ou nuisible à tous ceux qui les entourent.

Les paroxysmes coïncident souvent avec les règles.

7°. Le pronostic est plus grave que celui de beaucoup d'autres états maniaques. La maladie guérit souvent au 1er accès, et même des premiers accès, mais il en revient d'autres plus tard et elle aboutit facilement à la stupidité incurable.

8°. Le traitement doit être surtout dirigé vers le système génital: affusions froides.

8 Mars 1859.

Faits principaux à ajouter à la description de la manie hystérique pendant le paroxysme: Hallucinations de la vue (Elles voient les anges, la vierge etc) Cris instinctifs, comme une sorte de rage; besoin de briser les objets, de mordre, de cracher au visage; action de cacher, de voler, de se déshabiller, de déchirer; onanisme. Elles sont comme de véritables possédées, insultent, disent des paroles obscènes, injurient, blasphèment. Altérations des sentiments affectifs; antipathies; haines violentes; caprices; inventions sataniques;

mensonges; histoires calomnieuses arrangées avec du vrai et du faux, de manière à donner les apparences de la vérité. Inventions diaboliques. Elles ont besoin de frapper, de briser, si on ne satisfait pas de suite à leurs caprices; se croient enceintes de plusieurs enfants; racontent qu'elles ont été violées, précisent toutes les circonstances et font un véritable roman dans lequel il est très-difficile de reconnaître le vrai et le faux.

Tout cela se produit sous forme d'accès courts, assez rapprochés, quelquefois plus éloignés, séparés par l'état mental qu'on peut appeler caractère hystérique, mais qui ne passe pas toujours pour de la folie, consistant dans des alternatives brusques de gaieté et de tristesse, de colère ou de douceur etc. Tout cela après des accès plus ou moins répétés, aboutit presque toujours à la stupidité chronique et continue, avec mutisme habituel, extrémités bleuâtres et salivation. Voilà une forme qu'il faut décrire et qui fera le pendant de la forme épileptique. Et de même que dans l'épilepsie, cet état mental peut exister sans convulsions hystériques, avec quelques symptômes seulement d'hystérie, et remplacer, dans le domaine de l'intelligence, les convulsions qui existent chez d'autres dans la sphère des mouvements.

20 Mai 1865.

Pour traiter convenablement de la folie hystérique, il faut, comme pour l'épilepsie, parler séparément :

1°. des troubles passagers de l'intelligence et du caractère qui s'observent souvent dans le monde ou dans les hôpitaux, chez les malades franchement hystériques, à grands accès et qui ne sont pas aliénées.

2°. du caractère hystérique qui existe fré=quemment d'une manière habituelle chez les hystériques dans l'intervalle des grands accès hystériques qui sont souvent très éloignés les uns des autres. Il est remarquable que, comme pour les épileptiques, ce caractère hystérique, fantasque, capricieux, volontaire, enthousiaste, découragé et déprimé tour à tour, inventeur, menteur et mauvais par excellence, existe surtout chez les hystériques dont les phénomènes physiques sont peu prononcés, incomplets ou avortés et qui ont peu de grandes attaques.

3°. de la folie hystérique proprement dite, laquelle peut se produire alternativement, soit sous forme de manie d'action ou raisonnante, avec

actes instantanés, action de briser, conceptions délirantes subites, penchant au suicide etc, c'est-à-dire, tantôt sous forme de délire général et tantôt de délire partiel ou de manie sans délire. Ceci a lieu surtout (soit comme délire général, soit comme délire partiel) chez les hystériques qui ont très-peu de symptômes physiques, ainsi que le prouvent les observations de Mr. Morel et celles de ses internes Mr. Lachaux et Bulard.

Il serait très-utile d'étudier, cliniquement, ces diverses variétés de folie hystérique et surtout de chercher à les distinguer des variétés analogues de manie chez la femme mais sans hystérie, ce que les auteurs ci-dessus désignés n'ont pas assez fait.

20 Mai 1865.

Parler de la folie suite de couches et du délire alcoolique à la suite de la manie suraiguë comme de variétés de la manie qui sont voisines du délire aigu, qui ont été étudiées spécialement et qui méritaient de l'être, mais qui ont déjà été décrites précédemment ou ne peuvent l'être avec détails dans un cours élémentaire, parceque l'on n'a pas encore pu leur trouver (du moins

pour la folie à la suite de couches) des caractères spéciaux qui permettent de la distinguer des autres états maniaques et de la décrire séparément; seulement, il y a quelques particularités de marche, de pronostic ou de traitement que l'on peut signaler en passant.

Parler de la nymphomanie en passant à propos de l'érotisme dans les manies hystériques.

13.e Leçon.

Manie sans délire et Manie instinctive.

19 Mai 1865.

Griesinger Manie sans délire.

Variété créée par Pinel pour le malheur de la Science.

Cette désignation serait exacte si elle signifiait seulement que les penchants et les actions violentes

de maniaques ne sont pas toujours basés sur des idées délirantes ; et encore aujourd'hui l'on admet en général que cela n'a pas lieu ainsi dans l'immense majorité des cas ; mais cette expression a introduit dans la science une grande confusion en ce sens que ce nom créé par Pinel a été appliqué alternativement à deux états psychiques tout à fait différents d'une part, à de véritables accès de fureur périodiques, avec peu de délires prédominants, et d'autre part, et principalement à ces états modérés d'exaltation signalés dans le para=graphe précédent et dans lesquels les malades font des actions déraisonnables et ont une conduite désordonnée, tout en conservant un raisonnement intact pour justifier et expliquer leur conduite, dans les limites des choses possibles et réalisables, nous voulons parler de la folie raisonnante.

19 Mai 1865.

Manie sans délire.

Le mot, créé par Pinel, a été appliqué, depuis cette époque, à des états très-divers. C'est un mot emprunté

à la fragmentation artificielle des facultés morales et intellectuelles comme la veulent les psychologues et les phrénologues plutôt qu'à l'observation clinique vraie. Il faut tâcher de décomposer pratiquement cet état en plusieurs catégories de faits distinctes et susceptibles de description.

Si l'on prend le mot à la lettre, il est inexact; il n'y a pas plus de manie sans délire que de monomanie vraie, c'est-à-dire que lorsque l'homme est troublé dans ses sentiments ou ses penchants, il l'est toujours aussi dans son intelligence; ce n'est là qu'une question de prédominance et non de lésion exclusive. Thèse de mon père en 1819. Discussions nombreuses en Allemagne entre les médecins légistes. Henke a soutenu la non existence de la manie sans délire. En Allemagne, en général, on a nié l'existence de cette forme distincte. En Angleterre, on l'a admise sous le nom de folie morale. En France, dans ces dernières années, Mr. Trélat a créé la folie lucide. Il faut surtout distinguer trois états réunis à tort sous ce même nom:

1°. L'exaltation maniaque simple, qui

consiste dans un mouvement perpétuel avec actions irrégulières et désordonnées, ruses, malices, niches et sentiments mauvais très-développés, ce qui a lieu, soit comme 1ère période de la manie, soit comme accès intermittent spécial, soit comme période exaltée de la folie circulaire et quelquefois la 1ère période de la paralysie générale. Ces malades sont le désordre personnifié, le trouble des familles, la vie de société impossible et les inventions les plus mensongères et les plus malveillantes. C'est une peste partout où ils se trouvent et ils mettent partout la lutte, la querelle et le désordre, tout en montrant beaucoup d'esprit et en ayant de grandes apparences d'intelligence régulière et même supérieure, composant des vers, parlant avec une extrême facilité etc etc. Ceci n'est qu'un degré amoindri de la manie; c'est bien franchement un délire général, une activité exagérée de toutes les facultés avec perversion des sentiments affectifs et grand désordre des actes. C'est un type à part Mr Aimé.

2°. Le second type est représenté par les faits de manie dite instinctive ou avec fureur de courte durée qui figurent dans les traités de médecine légale. Ce sont des faits de <u>manie transitoire</u> ou instantanée que l'on

a décrits comme constitués uniquement par le besoin de tuer, de voler, d'incendier, de frapper, de commettre des actes violents etc, besoin qui se trouve en quelque sorte satisfait par l'accomplissement de l'acte produisant une sorte de détente et de guérison de l'accès. les faits de manie instantanée, transitoire ou temporaire se décomposent eux-mêmes en deux catégories bien distinctes, selon que le malade est dans un état de trouble complet ou de délire général pendant tout l'accès, ou bien au contraire selon qu'il se sent en quelque sorte poussé malgré lui à accomplir une action coupable, à verser le sang, à détruire, à brûler, poussé par une impulsion toute instinctive à faire le mal, tout en appréciant cette impulsion comme mauvaise, la combattant et en ayant conscience, mais se sentant irrésisti:
:blement entraîné.

3°. Le 3e. état, au lieu de se produire par accès, d'avoir un début, un milieu et une fin, est en quelque sorte un état normal chez les individus qui en sont atteints, une seconde nature, une sorte de caractère mauvais et pervers, qui

pousse au mal et aux actions irrégulières, à l'excentricité, à l'étrangeté des actes : c'est un état de naissance en quelque sorte, pouvant présenter des paroxysmes mais existant toujours chez l'individu à divers degrés. C'est là la véritable folie morale des anglais et la folie raisonnante ou la folie lucide des français : ce sont des malades qui jouent la comédie avec des étrangers, qui se donnent le beau rôle, qui colorent tous leurs actes les plus absurdes de manière à les rendre plausibles, qui mettent tout le monde de leur coté, qui rendent vraisemblables même leurs mensonges et leurs inventions sataniques, (se rapprochant en cela des hystériques qui quelquefois aussi tombent à la folie raisonnante) et qui dans leur intérieur, dans l'intimité et le tête à tête, deviennent impossibles, font des actes malpropres, dégoûtants, obscènes, empoisonnent la vie de ceux qui leur sont associés, et nient ensuite en public ou colorent habillement tout ce qu'ils ont dit ou fait en particulier, accusant leurs parents d'actes odieux, épouvantables, qu'une imagination malade peut seule inventer. Ce sont là des fous raisonnants à la façon de M.r de S.t Cricq et de M.me Marie; les excentriques anglais, le plus souvent héréditaires et ayant pour enfants des idiots.

19 Mai 1865.

Lire rapidement demain :

1°. L'ouvrage de Marc pour les folies instinctives et instantanées.

2°. L'article d'Esquirol sur la monomanie homicide.

3°. La thèse de Bariod.

4°. L'article de mon père sur la manie sans délire et les deux pages sur la différence des folies raisonnantes dans les maisons de santé et au dehors.

5°. Le livre de Trélat sur la folie lucide.

6°. L'article de Echallner dans le journal de psychiatrie sur la non existence de la manie sans délire.

7°. Le chapitre sur la manie sans délire dans la médecine légale de Henke et dans les autres médecines légales, surtout dans Casper.

19 Mai 1865.

M.r Trélat a réuni dans son livre des états très-différents qu'il n'a pas cherché à rattacher à leur véritable origine, qu'il n'a rapprochés

que par un seul point, c'est-à-dire par l'altération des sentiments et le désordre des actes avec conservation presque intacte de l'intelligence. C'est sous le nom de folie lucide la même réunion de faits que l'on avait réunis précédemment sous le nom de folie morale ou de folie raisonnante. Au point de vue du classement scientifique des faits cet ouvrage laisse donc beaucoup à désirer et une nouvelle étude clinique de la folie raisonnante deviendrait nécessaire pour établir de véritables catégories naturelles parmi ces faits qui n'ont pas encore été assez sérieusement étudiés au point de vue clinique. Mais malgré ce défaut, qui tient cependant à la constitution même ou à la charpente de cet ouvrage, il est extrêmement intéressant par les faits qui y sont rapportés et il aura rendu un véritable service à la description scientifique de ces faits jusqu'ici si mal connus et à l'appréciation vraie de ces faits par les magistrats et les gens du monde, en en publiant en un seul volume une collection assez variée pour donner une juste idée des cas qui peuvent exister sous ce rapport, et en fournissant ainsi des spécimens ou des types dont on retrouvera ensuite fréquemment les analogues et presque les identiques dans le domaine de la pratique.

Manie sans délire.

Cet état, envisagé sous son aspect le plus général, représente un état de maladie mentale carac:
:térisé surtout par le trouble des sentiments et des penchants et par le désordre des actes. Cette définition, par sa généralité même, permet d'embrasser un grand nombre de faits différents et que l'observation clinique devra arriver à distinguer.

Dès à présent, on arrive à trouver parmi ces faits trois catégories bien distinctes : 1°. les accès de fureur transitoire, manie instantanée, temporaire ou transitoire qui sont cités dans tous les traités de médecine légale.

2°. Les faits d'exaltation maniaque simple existant soit comme prodrome d'un état de manie, soit comme accès distinct et séparé, soit comme période d'excitation de la folie circulaire. Dans ces cas, il y a grand désordre d'action, malgré les apparences de raison et même d'esprit.

3°. Les faits de monomanie instinctive ou affective auxquels on a donné le nom de monomanie

homicide, incendiaire, du vol etc, faits dans lesquels on admet l'existence d'une impulsion isolée qui pousse à un acte. Ces faits méritent d'être mieux étudiés clinique:=ment dans l'ensemble de leurs caractères et de leur marche et surtout d'être rapportés à leur véritable origine, héréditaire, hystérique, épileptique, cérébrale ou autre, tels que la grossesse, la menstruation, les suites de couches, etc, etc.

23 Mai 1865.

9e Leçon.

Revenir brièvement sur la manie sans délire divisée en trois parties:

1°. Manie transitoire par accès.

2°. Folie morale des anglais ou folie des actes.

3°. Monomanie instinctive ou impulsions ins:=tinctives surgissant dans une intelligence qui paraît saine; lutte intérieure; la conscience repousse, mais les impulsions reviennent comme les idées et poussent à l'action. C'est le précipice qui attire et repousse. Description détaillée de cet état mental. Cette monomanie instinctive, admise par les uns, a été repoussée par les autres: Pinel, mon

père, Esquirol. Ce dernier a eu deux opinions. Discussion des faits conformément à la thèse de Bariod. Citer quelques faits abrégés et les diviser en trois classes, selon qu'il y a des accès de trouble général passager, que l'acte violent est motivé par une idée délirante ou que l'impulsion paraît instinctive, non motivée et instantanée. Discuter la valeur de ces derniers faits.

Ces faits sont les plus importants pour la médecine légale et ne peuvent être observés dans les asiles. Il faudrait les mieux étudier.

Passer en revue la monomanie homicide, la kleptomanie, la folie incendiaire.

Cette étude de la folie des actes conduit à la monomanie affective ou folie morale des anglais, et à la monomanie intellectuelle dont il faut étudier le mode de production et la généalogie.

Trois périodes dans l'évolution des idées fixes.

Responsabilité partielle.

14e Leçon.

Généralités sur l'aliénation partielle.

Description de la mélancolie.

18 Janvier 1867.

Abrégé de la leçon de mon père sur la non existence de la monomanie.

Préambule. Conviction de toute notre vie, confirmée par une longue expérience.

Nous ne pouvons la démontrer par les faits; nous devons nous borner aux principes: influences sous lesquelles la doctrine s'est introduite; causes d'erreur qui l'ont favorisée; dans quelle voie doit être dirigée l'observation pour la combattre; conséquences à tirer de notre doctrine pour les diverses parties de la médecine mentale.

I. Examen critique des auteurs. De tout temps, on a divisé les folies en générales et partielles, et on a admis que ces dernières étaient limitées à un seul objet (Boerhave delirium in uno fixum). Pinel n'a fait

que confirmer cette doctrine et Esquirol a suivi en donnant un nom.

Ainsi comprise, la monomanie existe-t-elle ?

Les uns la disent fréquente, les autres rare : les uns disent, contrairement aux textes les plus explicites, que Pinel et Esquirol n'ont pas voulu limiter le mot à un délire unique, mais à quelques séries d'idées ; les autres n'admettent pas de monomanies d'idées, mais de tendances et de sentiments.

A nos yeux ce sont là des nuances dans la discussion desquelles nous ne pouvons pas entrer : nous les combattons tous puisque nous n'admettons de monomanies d'aucune espèce. Nous concluons seulement de ces divergences en faveur de notre thèse puisqu'elles prouvent que l'opinion adverse a perdu beaucoup de terrain depuis trente ans.

Les adversaires s'appuient sur quelques faits qu'ils répètent à satiété et sur des principes philosophiques qui méritent un plus long examen.

1° Faits. On ne peut facilement les réfuter rétrospectivement ; il serait facile d'y montrer des erreurs, des contradictions, des lacunes, mais on ne pourrait

que provoquer le doute et non une entière conviction (Voir la thèse de Bariod). C'est à l'observation ultérieure à contrôler le passé; telle est la marche du progrès dans toutes les sciences. Nous ferons cependant quelques observations relativement aux quelques faits de prétendue monomanie qu'on nous oppose toujours. Ils se divisent en trois classes: 1°. faits empruntés à des gens incompétents ou à des journaux: or, sans contester les détails rapportés, il s'agirait de savoir si rien n'a été omis. 2°. faits rapportés par des auteurs spéciaux et qui contiennent des preuves contre ceux qui les citent. Ex: Esquirol. 3°. faits peu nombreux rapportés par des auteurs compétents et ne contenant que l'énoncé d'un genre de délire. Ce sont les seuls qu'on puisse nous opposer, mais ils sont très-peu détaillés, sont très-incomplets et d'ailleurs il ne s'agit pas de contester la vérité de ce qui est relaté, mais de savoir si rien n'a été omis: or, pour bien observer, il faut avoir l'intention d'observer et il ne faut pas être détourné du vrai par des principes scientifiques inverses qui empêchent de voir ce qui existe et de bien observer. Ceci nous amène à étudier les principes qui ont dirigé les observations et sont devenus causes d'erreur.

2°. <u>Principes</u>. Au nombre de deux : <u>direction trop psychologique de la science ; observation exclusive des idées prédominantes.</u>

<u>Direction trop psychologique de la science.</u>

Aussi bien les philosophes que les gens du monde, littérateurs et romanciers.

Les philosophes admettent des facultés isolées et veulent en trouver les lésions séparées de la folie : ceci a existé depuis le commencement de ce siècle : on a accepté les divisions toutes faites admises par les philosophes pour l'état normal et on les a transportées purement et simplement dans l'étude de la maladie. Delà, la division des folies par Heinroth et des monomanies par Esquirol. Pourquoi, dit Esquirol, n'existerait-il pas des maladies de la volonté comme de l'intelligence ? Et c'est cet à priori qui le conduit à admettre des monomanies instinctives !

Mais rien n'est plus faux que cette fragmentation de facultés à l'état normal et leurs lésions isolées à l'état maladif.

Les gens du monde, littérateurs et romanciers

sont également partis de l'erreur et de la passion pour arriver par nuances insensibles à la folie. Ils ont admis que l'idée fausse pouvait rester inactive dans la tête humaine sans nuire à l'ensemble des facultés et à la conduite, mais que cette même idée devenait monomanie lorsqu'elle acquérait plus d'intensité, de fixité, de domination sur les autres idées et sur la conduite de la vie. Mais Leuret a vraiment cherché un moyen de distinguer une idée folle d'une idée raisonnable en n'envisageant que l'idée en elle-même. On ferait donc autant de monomanies que d'idées fausses possibles dans la tête humaine. Ils ont procédé de même pour la passion. La manie, disent-ils, ne diffère de la colère que par sa durée et sa plus grande violence. Même raisonnement pour l'ambition, la religion ou l'amour. On a ainsi conclu de l'idée ou de la passion de l'homme normal à l'existence d'une monomanie correspondante. Mais cette donnée théorique qui sert de base principale à la doctrine de la monomanie est contraire à l'observation de chaque jour.

Observation exclusive des idées prédominantes.

C'est la seconde cause d'erreur. Sans doute il existe des

idées fixes, mais ce sont elles qui frappent tous ceux qui voient des aliénés superficiellement et ce n'est pas de l'observation complète. On ne voit que ce qui saute aux yeux et ce que le malade raconte et l'on observe pas attentivement l'ensemble des faits et le fond de la maladie. Or cette observation incomplète semble ajouter le contrôle de la clinique aux déductions à priori tirées de la psychologie et sert de base à la doctrine des monomanies et c'est à ces deux causes d'erreur qu'elle doit de se perpétuer encore dans la Science.

II. Examen clinique des malades. La question de la monomanie essentiellement clinique. C'est sur ce terrain que nous appelons les adversaires. Pour faire passer votre conviction dans les esprits, il faudrait beaucoup de faits particuliers et il faudrait faire observer cliniquement les malades. Dans une leçon, on ne peut indiquer que des types et des principes.

Prenons pour exemple un aliéné dit religieux. Il se dit inspiré et veut prêcher une nouvelle religion; il expose des dogmes et se livre

à des pratiques singulières. Mais, dira-t-on, en dehors de cette série d'idées, il raisonne comme les autres hommes. Eh bien, c'est une observation incomplète. D'abord, dans la sphère de son idée prédominante, il est inconséquent et plein de lacunes; il ne déduit pas les conséquences de ses prémisses et ne conforme pas ses actes à ses idées. De plus, il n'est pas réellement religieux, comme ses idées l'indiqueraient. Enfin, il y a d'autres séries parallèles d'idées délirantes: il a des idées d'orgueil en même temps que des idées religieuses. Ou bien des idées d'humilité; mais en cherchant bien on découvre une multiplicité de délire. De plus, ces délires multiples, variables, selon les malades, sont également variables selon les périodes et se succèdent pendant le cours de la maladie.

Enfin, indépendamment de la multiplicité des délires déterminés, il y a le fond de la maladie qu'il convient d'étudier avec soin et qui est la véritable base du délire. Il apparaît très-évident dans les paroxysmes, mais il existe même dans les intervalles: grande confusion des idées etc etc. On peut le diviser en deux catégories: État de dépression et état d'exaltation. Description rapide de ces deux états (y ajouter l'état de débilité,

comme base des formes chroniques).

Donc, il faut étudier l'ensemble des symptômes physiques et moraux et non se restreindre à l'étude d'une seule idée ou d'un seul sentiment. Ces quelques indications montrent déjà comment il faut observer les aliénés pour découvrir chez eux l'ensemble des phénomènes physiques et moraux et se convaincre de la non existence de la monomanie, mais il faut encore ajouter deux ordres de considérations: 1° mode de développement de la folie; 2° mode d'évolution des idées délirantes.

1° Développement de la folie.

On s'imagine dans la direction physiologique une filiation naturelle entre la cause qui donne naissance à une maladie mentale, les premiers phénomènes observés et les symptômes de la maladie confirmée: Ex: perte d'une personne aimée, ambition déçue, amour trompé, religion exagérée. Eh bien, cette généalogie du délire paraît séduisante, mais elle est contraire à l'observation. Le passage de la raison à la folie ne se fait pas ainsi par déductions logiques et par transitions insensibles.

Sans doute, il y a deux cas possibles; dans quelques cas cette filiation existe, mais ceci ne produit que l'idée prédominante et à côté se trouvent beaucoup d'autres phénomènes morbides; mais dans beaucoup d'autres cas, il y a transformation de la personnalité, au moment où éclate la folie et alors cet ensemble de phénomènes nouveaux constituent la maladie qui ne conserve pas trace de l'empreinte de la cause qui l'a engendrée. C'est là un grand argument contre la doctrine de la transformation graduelle de la passion en monomanie.

2°. Evolution des idées délirantes. Dans la doctrine physiologique on conçoit la génération des idées délirantes les unes des autres par voie de déduction logique. Ainsi, on dit que la tristesse dérive d'une idée triste implantée dans l'esprit: On rattache toute une série d'idées délirantes à une hallucination supposée primitive. Assurément, les délires secondaires et les actes chez les aliénés se produisent souvent de cette façon; mais habituellement, et surtout pour les idées fixes et prédominantes, c'est précisément l'inverse qui a lieu: au lieu d'être causes ces idées sont effets de la disposition générale primitive (Indiquer là les trois

phases de l'évolution des idées prédominantes ou idées fixes.)

Or, cette observation générale est nouvelle preuve contre la doctrine des monomanies, puisque l'état général préexiste aux idées délirantes, au lieu d'être engendré par elles. Enfin, s'il existait une véritable monomanie, ce serait dans les dernières périodes (folie systématisée) et non dans les premières où l'on observe un état général avec confusion des idées.

III. Conséquences à tirer de la non existence de la monomanie.

1° Dans l'étiologie et la pathogénie, on renverse l'ordre de succession des phénomènes: on ne cherche plus une explication rationnelle de la maladie dans les circonstances accidentelles qui se succèdent, mais on fait surtout attention aux phénomènes pathologiques multiples qui apparaissent et dont l'ensemble constitue la maladie.

2° Dans l'observation et la description, on fixe l'attention sur l'ensemble des faits, au

lieu de se borner à quelques points saillants et on change ainsi tous les tableaux des maladies.

3°. Dans la <u>nosologie</u>, on trouve des types naturels, au lieu des classements artificiels par idées délirantes et par facultés.

4°. Dans la <u>thérapeutique</u>, on ne cherche plus à combattre l'idée par l'idée, et à substituer un sentiment à un autre : on cherche à remuer l'être moral tout entier, jusque dans ses fondements et à mettre le malade dans d'autres conditions de milieu physique et moral, pour donner à la maladie un autre cours et la faire rebrousser chemin vers l'état normal antérieur de l'individu.

5°. Enfin, <u>dans la médecine légale</u>, on trouve le véritable criterium du diagnostic de la folie, dans l'ensemble des phénomènes observés et dans la description des maladies opposées aux erreurs ou aux passions de l'état normal. Enfin, on détruit la doctrine fâcheuse de la responsabilité partielle.

26 Mai 1865.

Généralités sur l'aliénation partielle.

Deux idées doivent être surtout développées dans les généralités sur l'aliénation partielle, avant d'aborder l'étude de la mélancolie :

1° La première est celle du fond du délire opposé au relief. J'ai déjà commencé à exposer cette idée à la fin de la dernière leçon, en montrant qu'il y avait des folies partielles se développant par nuances insensibles d'un sentiment triste à une véritable mélancolie maladive, (par ex : le chagrin d'avoir perdu une personne aimée) ; mais j'ai ajouté que ce mode de génération était le plus rare, et que le plus souvent il y avait un abîme entre la raison et la folie et que de nouveaux caractères surgissaient au moment où la folie se déclarait et donnaient à la maladie un cachet distinct de celui des prodromes. C'est ce fond maladif nouveau qui existe dès le début, fond expansif ou fond dépressif, qui réside dans la sensibilité et les dispositions générales de l'esprit et du moral, qui constitue le

véritable sol sur lequel germent et se développent suc=
=cessivement les idées maladives. Il faut alors, à cette
occasion, étudier rapidement ce mode de développement
successif de l'idée fixe sur ce sol maladif : montrer comment
il y a des idées qui surgissent d'elles-mêmes, sans être
appelées par rien, mais qui disparaissent de même, parce
qu'elles ne sont pas en rapport avec le sol sur lequel elles
tombent ; elles périssent à l'état de germe parcequ'elles ne
trouvent pas un sol prêt à les recevoir : D'autres, au contraire,
sont appelées en quelque sorte par la disposition générale
sur laquelle elles viennent se poser ; elles sont en réalité
le produit spontané de ce sol maladif ; elles sortent toutes
armées de son sein et trouvent alors un milieu favorable
pour leur développement ; elles y prennent racine, s'y fixent
définitivement et acquièrent tous les jours de nouveaux
compléments. On voit ainsi beaucoup d'idées flottantes à la
surface de l'esprit, que celui-ci choisit et délaisse tour à tour,
jusqu'à ce qu'enfin il en adopte quelques-unes d'une
manière prédominante, qu'il s'y accroche avec ténacité et
en fasse alors l'objet principal de ses préoccupations.
C'est là le moment où l'esprit passe de l'état vague du
début, (où tout était confus et mal défini ; où la disposition

générale, triste ou gaie, dominait seule) à la période de délire vraiment partiel où le délire se définit et se limite de plus en plus, se caractérise, se restreint à un certain nombre d'objets autour desquels pivote l'esprit malade, sans cependant jamais s'arrêter à aucun d'une manière exclusive; car l'esprit, partant de la circonférence par des rayons différents, cherche son centre, mais ne le trouve jamais et se borne à tourner tout autour dans des cercles concentriques de plus en plus rapprochés. C'est alors que commence la seconde période ou de systématisation du délire. L'esprit devient alors créateur et emploie toutes ses ressources pour compléter de jour en jour le délire principal, par de nouveaux appuis, de nouvelles preuves et de nouveaux motifs. Il discute avec lui-même, prévoit les objections, cherche des réponses, se livre à de nombreuses interprétations, voit toutes les choses du monde extérieur à travers le prisme de son délire, se fait le centre de l'univers, explique tout ce qui se passe au dehors dans le sens de ses préoccupations dominantes, voit de toutes parts de nouvelles preuves s'ajoutant à celles déjà aperçues et trouve partout des confirmations pour ses idées

préconçues et erronées. C'est là un travail très curieux d'enfantement du délire qui se fait plus ou moins rapidement selon les malades, mais auquel il est si curieux d'assister et qu'il est si intéressant de suivre pas à pas, dans l'intimité de la conscience, à l'aide des aveux des malades ou de leurs confidences souvent incomplètes mais interprétées à l'aide de leurs autres manifestations par les gestes ou par les actes. Ce travail dure quelquefois plusieurs années. A force de ruminer son délire, on voit le malade se rapprocher de plus en plus des affirmations précises, quitter le terrain du vague et de l'imprécis pour entrer dans le domaine des faits bien définis, pour spécifier les causes de ses tourments, la nature de ses ennemis, changer ses présomptions en convictions ardentes et poussant à l'action et donner souvent un corps à son délire, en transformant ses idées en sensations et en personnifiant les objets de ses terreurs, de ses craintes ou de ses désirs, dans des voix bien articulées ou dans des images et des sensations nettement déterminées, en un mot dans des hallucinations. Celles-ci signalent ordinairement une période plus avancée, plus nettement formulée et plus grave du délire partiel, lorsqu'elles se produisent au milieu de l'état de veille et des apparences de raison, au lieu de surgir

comme des apparitions fantastiques, dans l'état de demi-sommeil des états confus et vagues analogues à ceux du rêve ou des délires aigus ou toxiques. En un mot, ce qui fait la gravité des hallucinations comme des autres phénomènes du délire, ce n'est pas l'hallucination en elle-même; c'est le fond sur lequel elle repose, qui lui donne naissance, l'entoure, l'accompagne, lui sert de support et d'appui et en constitue le véritable caractère fondamental et différentiel.

Après un temps plus ou moins long passé dans cette élaboration successive du délire principal d'abord et de ses divers compléments ensuite, il arrive enfin une époque où le délire est tout à fait arrêté dans tous ses contours, où la création du délire est complète et est arrivée à son entier déve=loppement: le délire est alors non-seulement systématisé, c'est-à-dire à l'état de système complet et entièrement édifié, mais tout l'édifice est terminé, sans qu'on puisse y ajouter une seule pierre ou en modifier aucun détail: le délire est alors stéréotypé; le malade n'y ajoute plus aucun détail, aucun complément et le répète à tout venant dans les

mêmes termes et avec les mêmes expressions, en faisant les mêmes gestes, les mêmes intonations et sans aucune variation ni dans l'ensemble ni dans les détails. C'est là la période vraiment chronique du délire partiel sur laquelle nous reviendrons ultérieurement.

Lorsqu'arrive cette période ultime du délire stéréotypé, le fond maladif primitif de gaieté ou de tristesse disparaît presque entièrement, pour faire place à un fond de débilité : ce sont là les périodes chroniques ou de démence, substituées aux périodes d'acuité ou d'activité du délire. Mais pendant tout le temps où le délire se crée ou se complète, on assiste à une véritable fermentation d'idées : elle est plus ou moins marquée selon les moments ; elle se ralentit ou s'accélère par périodes et c'est là ce qui constitue la marche rémittente de toutes les aliénations partielles, qui, au lieu d'être régulièrement continues, présentent toutes des périodes de rémissions ou de paroxysmes. Or, alors même que le fond maladif primitif (c'est-à-dire le trouble général des idées, le vague et la confusion), disparaîtraient en partie pendant les rémissions, ils reparaissent pendant les paroxysmes et alors le délire,

même le plus limité, le plus monomaniaque en apparence, devient plus général et mérite presque le nom de manie systématisée que lui a donné Mr. Morel dans ses études cliniques, au lieu de celui de délire partiel généralisé qu'on pourrait lui donner avec autant de raison, en retournant la même proposition.

Eh bien, c'est ce fond maladif qu'il faut étudier dans tous les délires partiels, au lieu de se borner à l'étude des idées délirantes que l'on suppose à tort produites par voie de génération logique; pour bien comprendre les maladies mentales et surtout les folies partielles, en clinicien et en médecin, il faut toujours appesantir son attention sur cet état général de l'esprit qui est le véritable caractère essentiel de la maladie, c'est là ce qui en fait réellement une maladie et non une erreur se produisant d'après les règles de la logique et d'après les lois psychologiques. Or, l'étude clinique de ce fond maladif donne à la symptomatologie des maladies mentales une toute autre couleur, modifie singulièrement la description des symptômes, sert de véritable criterium pour le

diagnostic et le pronostic, peut seule servir de base à un classement naturel, peut seule permettre la distinction des espèces morbides naturelles, transforme ainsi toute l'étude de la pathologie mentale, supprime de la nosologie la doctrine de la monomanie pure et de la médecine légale celle de la responsabilité partielle. C'est là la seconde idée qu'il s'agit de développer avant de terminer les généralités sur l'aliénation partielle.

II. <u>La théorie de la responsabilité partielle</u> est une théorie récente comme théorie formulée, mais elle était implicitement contenue en germe et en puissance comme conséquence logique dans la doctrine de la mono=:manie pure, par facultés, par idées ou par actes. Du jour, où l'on a admis théoriquement, avec Gall, qu'une faculté pouvait être isolément lésée par la maladie, avec une intelligence du reste saine dans son ensemble; du jour où l'on a cru que la maladie pouvait consister dans une seule idée fausse implantée au milieu d'une intelli=:gence normale ou dans un seul acte violent résultant de la surexcitation du penchant correspondant, on a dû conclure logiquement que l'homme pouvait être scindé en deux parts dans sa liberté et dans sa volonté, comme

il pouvait l'être dans son intelligence, dans son moral et dans ses instincts. Dès lors on a dû penser qu'il pouvait être déclaré responsable pour les actes commis sous une influence étrangère à son délire et irresponsable pour ceux qui rentraient dans la sphère maladive. Citer à cet égard quelques exemples. Ainsi celui d'un homme faisant un faux en parfaite connaissance de cause et coupable de ce faux, tandis qu'il ne l'est pas d'un acte commis sous une influence évidemment maladive. Citer l'exemple du médecin qui a voyagé avec Legrand-du-Saulle et qui déclarait lui-même qu'il ne serait pas responsable s'il faisait un acte de violence pour se venger d'un ennemi, mais qu'il le serait s'il faisait un vol ou un faux parceque son délire ne pourrait être pour rien dans cette action. Citer de plus les paroles de beaucoup d'aliénés renfermés dans les asiles, comme le Comte de S^t. Cricq, qui déclarent pouvoir commettre un crime sans crainte, parcequ'ils sont considérés comme aliénés, et qui s'en vantent, tout en sentant très-bien qu'au tribunal de leur conscience, ils seraient coupables s'ils le faisaient réellement.

Cette doctrine paraît raisonnable en principe parceque le médecin et le philosophe sentent très-bien qu'il y a des degrés divers de libre arbitre à l'état normal et des degrés divers d'irrésponsabilité à l'état maladif : deux échelles, physiologique descendante et pathologique ascendante.

Mais dans la médecine légale, on ne peut peser toutes ces nuances. Il faut un criterium net, positif, certain et il ne peut reposer que sur l'idée de santé et sur celle de maladie, sur l'état de raison et l'état de folie. Or, lorsqu'on admet que le délire n'est qu'une erreur persistante, on ne peut plus trouver aucune limite entre la raison et la folie, comme l'a dit Leuret dans ses fragments psychologiques ; mais lorsqu'au contraire l'observation clinique des délires partiels a conduit à la non existence de la monomanie vraie, et à découvrir un état général de trouble dans toutes les folies partielles, cette découverte devient un criterium précieux pour la médecine légale. On a alors un terrain solide pour reconnaître la maladie de la santé et faire reposer sur lui une médecine légale sérieuse et pratique. On ne cherche plus alors à discuter sur le fait incriminé et ses mobiles, sur l'acte

et sur les circonstances qui l'ont accompagné, mais on examine l'homme tout entier, dans son ensemble, on reconstitue l'histoire total de la maladie: on examine l'ensemble des symptômes et leur marche, au lieu de ne voir qu'un fait isolé, un accident, et ainsi l'étude de l'état de trouble général dans les aliénations partielles rend un éminent service à la médecine légale en même temps qu'à la nosologie. La question de la responsabilité ne peut plus alors se poser pour les périodes maladives; elle ne peut plus se poser que pour les intervalles dits lucides, ou les périodes de suspension de la maladie, mais alors aussi la responsabilité doit être totale et non partielle.

25 et 26 Mai 1865.

Description de la Mélancolie d'après Griesinger.

I. Anomalies de la sensibilité, des penchants et de la volonté. Dans beaucoup de cas il y a pendant plus ou moins long temps un état de malaise physique

et moral mal défini, une mauvaise disposition hypo-chondriaque, abattement et inquiétude, crainte de devenir aliéné. Cet état psychique pénible devient de plus en plus dominant; il persiste et il est entretenu par toutes les impressions psychiques venues du dehors. C'est là le trouble psychique essentiel dans la mélancolie. Le malaise psychique consiste pour le malade lui-même dans un profond sentiment de souffrance, d'incapacité d'agir, d'oppression des forces, d'abattement et de tristesse dans une complète dépression du sentiment de sa propre personnalité. Aussitôt que cet état du sensorium a atteint un certain degré, il en découle les suites les plus importantes et les plus étendues pour toute la conduite du malade. Cette disposition prend un caractère tout à fait négatif, de la répulsion. La moindre et la plus légère impression, même celle qui était primitivement la plus en rapport avec la nature du malade, provoque de la douleur: les malades ne peuvent plus se réjouir de rien et tout au contraire les attriste et les afflige, et ils trouvent dans tout ce qui les entoure de nouveaux motifs de tristesse et de douleur. Tout leur devient à charge; ils se montrent irritables, de mauvaise humeur, mal disposés pour les

pour les petits prétextes, et réagissent contre toutes choses avec de continuelles manifestations de mécon=
=tentement, ou bien, ce qui est plus fréquent, ils cherchent à échapper à toutes les impressions psychiques du dehors, en s'éloignant timidement de la société des hommes, et en recherchant, tout à fait inactifs et oisifs, la solitude. Cette disposition au mécontentement et à la négation générale se manifeste surtout comme éloignement pour leur entourage, pour leur famille, leurs amis, leurs parents, sentiment qui arrive quelquefois jusqu'à la haine, jusqu'à une totale transformation du caractère.

21 Janvier 1867.

14.e Leçon.

Mélancolie en général.

Ici, comme pour la manie, j'étudierai le genre artificiel admis par tous, avant de chercher à le décomposer en espèces et en variétés, ce qui sera réservé pour la leçon suivante.

Dire quelques mots des divers degrés de la mélancolie : 1°. Simple état prodromique, précédant la mélancolie et la manie ; stade mélancolique de Guislain. 2°. Mélancolie sans délire ou simple dépression générale de Mr. Baillarger. 3°. Mélancolie tendant à se limiter à certaines séries d'idées délirantes et arrivant à se formuler en délire de persécution ou autre. 4°. Mélancolie dépressive tendant à la stupeur. Indiquer seulement ces différences sur lesquelles on reviendra avec détails dans la prochaine leçon.

I. <u>Etat de sensibilité morale, des sentiments et des penchants</u>. Décrire d'abord l'état général d'affaissement et d'anxiété de l'âme humaine. 1er degré dans les types des romanciers ; différences entre la tristesse et rêverie normale et la rêverie maladive.

Le malade se sent malheureux sans savoir pourquoi : il sent sa personnalité changée ; son humeur intérieure n'est plus la même ; il a de l'angoisse et le sentiment d'un profond malheur ; les plus sinistres pressentiments affligent son âme : il cherche dans ses souvenirs et il n'y trouve que des causes de tristesse ; il cherche au dehors et tout le blesse et l'irrite ; il ne voit plus le monde extérieur à travers le même prisme ; il

croit que tout est changé autour de lui, parceque tout est changé en lui-même. C'est le sujet sentant qui est modifié et non le monde extérieur. Tout le blesse de la part des autres hommes; il se fâche, s'irrite, se livre à des récriminations, puis il accuse et prend en grippe; il y a en lui répulsion pour le monde en général et pour ses amis et parents en particulier. Il devient indifférent et même défiant et haineux; il attribue le mal qu'il ressent à ceux qui l'entourent, au lieu de l'attribuer à une maladie et il fuit le monde qui le blesse; il recherche la solitude, l'isolement et le silence; il s'isole, se tient à l'écart, vit chez lui, cesse de faire des visites, de remplir les devoirs de sa profession, abandonne un monde qui ne le comprend plus ou le blesse et se réfugie dans son for intérieur, mais là encore il ne trouve que des causes incessantes de douleurs, d'angoisse et de désespoir. Il voudrait se fuir lui-même comme disent souvent les mélancoliques, mais il est rivé à son moi comme le forçat à sa chaîne et ne peut s'en séparer. C'est là le pire des supplices. Je voudrais pouvoir me fuir, disent les mélancoliques,

mais je suis obligé de rester incessamment en tête à tête avec moi-même. Là il ne trouve que douleurs sur douleurs; il se sent changé et ne peut se modifier: les idées les plus tristes germent sur ce sol maladif: la disposition anxieuse, défiante de la sensibilité évoque à chaque instant de nouvelles idées tristes qui se succèdent sur la scène intellectuelle et des sentiments pénibles de haine, de défiance, de jalousie, de répulsion contre lui-même et les autres; il prend en grippe ses meilleurs amis, les repousse, les fuit, cherche souvent à les tuer, ou bien à se tuer lui-même; des impulsions violentes résultent de ces sentiments plus ou moins formulés et poussent les malades à l'action. Les uns se bornent à la contemplation passive de leur triste état intérieur et de leur douleur morale; ce sont les mélancoliques dépressifs, tendant plus ou moins à l'inaction et à la stupeur; les autres ont plus de tendance à l'action, soit par caractère, soit par maladie, et réagissent contre le monde extérieur qui les blesse, soit sous la forme vague de lamentation et de désespoir à haute voix, soit sous la forme plus déterminée d'un penchant qui se traduit en acte violent; de là l'homicide, le suicide, l'incendie ou d'autres actes violents. (Mélancolie

attonita errabunda, Mélancolie anxieuse ou agitée.)
De plus, tantôt le malade a conscience de ces faits nouveaux qui se produisent en lui, s'en afflige et s'en alarme au plus haut point, mais ne peut s'en défaire et résister aux impulsions involontaires; tantôt, au contraire, il est complètement entraîné à son insu, par ces dispositions nouvelles de sa sensibilité; par ces sentiments maladifs et ces impulsions morbides; il croit à la vérité des idées ou des sentiments qui en résultent et se livre à des actes en rapport avec ces idées et ces sentiments. C'est sur ce fait que l'on a fait souvent reposer la distinction de la mélancolie sans délire ou avec délire; mais il vaut mieux réserver, comme Mr Baillarger, le nom de mélancolie sans délire, pour la dépression générale sans formule déterminée, sans idées délirantes, telle qu'elle existe souvent dans la période dépressive de la folie à double forme.

La volonté des mélancoliques est en rapport avec les dispositions de la sensibilité morale: tantôt impuissante, inactive, comme chez les malades qui disent: "je veux et je ne veux pas; je ne puis plus

vouloir, je suis irrésolu; je ne puis me décider à rien; tantôt, au contraire, elle se manifeste par une tendance continuelle à l'action sans but, au mouvement automatique et sans résultat, à des gémissements, des sanglots, des mouvements en cercle ou de long en large; tantôt, enfin, elle est mue par un mobile sentimental ou intellectuel et elle détermine le passage à l'acte d'une manière énergique, en produisant le suicide, l'homicide ou tout autre acte violent.

II. <u>Etat de l'intelligence</u>. 1° Etat général: dépression des facultés; cours des idées ralenti; cercle rétréci: le malade accuse lui-même cette inaction intellec:tuelle; il y a peu de circulation d'idées et ce sont toujours les mêmes: il semble même quelquefois que le mouvement de la pensée est arrêté, que le malade ne pense pas: poussé à ses dernières limites, cet état constitue la stupeur et même l'idiotisme accidentel. Dans tous les cas, il y a peu de fermentation d'idées et ce sont toujours les mêmes qui reviennent; le malade a conscience de cette pénurie, de cette pauvreté et il s'en afflige; il se sent affaibli intellec:tuellement, craint de devenir idiot et pourtant il comprend tout ce qu'on lui dit et y répond brièvement, mais ses

facultés sont ralenties dans leur mouvement et il y a comme un demi-sommeil. Les idées sont peu nombreuses et les quelques idées qui existent sont fixes; il n'y a pas concentration de l'attention; il y a absorption. Ils sont plus absorbés qu'attentifs.

2°. Conceptions délirantes. Cet état général de lenteur des idées et de diminution de l'activité intellectuelle, avec confusion, vague et obscurcissement de la pensée, peut exister seul et alors le malade est dans une simple dépression, ou mélancolie sans délire. Mais le plus souvent, sur ce fond de tristesse, d'angoisse de la sensibilité et de lenteur du fonctionnement intellectuel, surgissent quelques conceptions appelées par ces dispositions générales. Le malade qui se sent changé, triste et malheureux en recherche la cause et il la trouve soit en lui-même, soit dans le monde extérieur, selon ses dispositions antérieures de son caractère, le milieu où il a vécu, où les époques sociales, il la trouve en lui-même ou dans les autres: il se croit coupable, ruiné, perdu, damné, ou bien il a des ennemis, il se croit persécuté, empoisonné, condamné, conduit à l'échafaud, impliqué dans

un procès, possédé par le diable, ou tourmenté par l'électricité, la physique, la sorcellerie, les sciences occultes, la police.

III. Sensibilité physique, illusions et hallucinations; mouvements, fonctions organiques.

On ne peut rien dire de général sur les illusions et les hallucinations. Elles existent dans certaines variétés et pas dans les autres. Celles de la vue n'existent que dans les paroxysmes ou dans les variétés plus spécialement cérébrales.

Anomalies de la sensibilité physique et de la motilité.

Elles accompagnent souvent le trouble psychique. Sensation de vacuité, d'engourdissement de la tête et des membres, même de tout le corps; sensations pénibles surtout à la surface de la peau, qui donnent bien souvent au délire de se croire électrisé; hypéresthésie de la vue et de l'ouïe (tremblement et frémissement au moindre bruit, sensation qui sert de base probablement à la panophobie).

Le trouble des sens proprement dits, c'est-à-dire les illusions et les hallucinations portent complètement l'empreinte et le caractère des dispositions morales pénibles. Les malades voient les préparatifs pour leur exécution; ils entendent les aides du bourreau, qui viennent les chercher; ils se voient entourés des flammes de l'enfer; des précipices semblent s'ouvrir sous leurs pas; des spectres viennent leur annoncer le jugement; des voix les poursuivent, les injurient ou les tournent en ridicule. Une jeune mélancolique voyait dans la glace une tête de cochon venant à sa rencontre et se crut delà pendant un certain temps transformée en cet animal. Les hallucinations sont surtout nombreuses et variées dans ces formes plus graves de la mélancolie qui consistent dans une disposition presque complète de la conscience du monde extérieur et dans la disposition à vivre complètement concentré dans le monde intérieur. (Voir mélancolie avec stupeur). Le sens du goût et de l'odorat ont également assez souvent des hallucinations; des saveurs désagréables et métalliques donnent souvent lieu

au délire d'empoisonnement ou à l'idée d'avoir été ensorcélé par un certain aliment. Les odeurs subjectives désagréables réveillent souvent le délire d'être entouré de cadavres, ou de tomber soi-même en putréfaction.

L'apparition et l'augmentation des hallucinations portent le malade à se transporter de plus en plus dans un monde imaginaire et à se soustraire au monde réel. Souvent les hallucinations deviennent l'origine de nouvelles explications délirantes et les idées les plus absurdes d'un monde peuplé de fantômes, de machines cachées sous la terre, et qui agissent sur le malade, ont leur origine dans ces anomalies de sensations qui très-souvent ne se manifestent que très-tard ou même pas du tout d'une manière évidente pendant toute la maladie.

<u>Les mouvements</u> des mélancoliques portent également l'empreinte de la disposition pénible dominante du moral. Ils sont le plus souvent paresseux, lents, comprimés; les malades gardent volontiers le lit, se tiennent debout ou assis dans un coin pendant des journées entières sans faire aucune attention à tous ceux qui se trouvent auprès d'eux. Souvent toute l'attitude du malade est raide, immobile, et quelquefois

portée jusqu'à la fixité d'une statue. Les membres sont tantôt raides et opposent une certaine résistance aux efforts qui sont faits pour leur donner une autre position, ou bien ils sont flexibles, mobiles et conservent la position qui leur est donnée (état cataleptique). Les muscles de l'œil sont tantôt dans une contracture latérale permanente, les traits immobiles, tendus, le front ridé, les côtés de la bouche abaissés, et ces symptômes liés à la coloration grisâtre ou livide de la peau donnent aux mélancoliques une figure plus âgée. Le regard est souvent dirigé vers la terre; d'autres fois, l'œil largement ouvert avec l'expression de la douleur, de la tension pénible ou de l'étonnement. Les mouvements ont une toute autre manifestation dans la forme de la mélancolie où l'anxiété intérieure se manifeste par une mobilité extérieure incessante (mélancolie agitée); intérieurement aussi il existe dans ces cas un mouvement incessant et incohérent d'idées, mais celles-ci restent au fond presque toujours les mêmes, monotones, et ce manque absolu de productivité différencie

totalement cet état de la manie. Les malades marchent ça et là dans tous les sens, souvent en pleurant ou en joignant les mains; souvent ils manifestent un penchant à se promener en plein air, à se rendre dans les points éloignés, chez des parents, des amis (mélancolie errante) Souvent les mains sont fortement serrées, ou bien les bras sont portés alternativement dans toutes les directions. On trouve avec raison, dans ces deux manifestations différentes de l'anxiété intérieure, une analogie avec les manifestations des affections tristes chez l'homme sain d'esprit, d'une part l'immobilisation sous l'influence de la terreur ou de la commotion morale, et d'autre part, le besoin de mouvement et l'agitation (action de se promener ça et là, de marcher en plein air, etc) que l'on observe dans ces situations d'esprit.

<u>Troubles des fonctions organiques.</u> Ils sont évidemment de peu d'importance pour le diagnostic de la folie en général et de chaque forme en particulier, mais ils sont d'autant plus importants pour l'étiologie et la thérapeutique. Ils ne sont pas constants et sont dans une relation différente avec l'aliénation. Tantôt ils sont les symptômes de maladies primitivement éprouvées,

qui ont pu contribuer à la production de la maladie mentale (par exemple des affections des artères), tantôt ils sont de simples complications, tantôt enfin, et ce sont les plus importantes, ils sont les symptômes de la maladie cérébrale elle-même. A ces derniers appartiennent les symptômes suivants:

1°. Le manque ou la diminution du sommeil. Les malades ne dorment pas du tout, ou bien se sentent si peu reposés par leur somnolence, qu'ils soutiennent être restés éveillés (sorte de persistance de la veille intérieure malgré l'assoupissement de l'activité sensoriale). Des songes pénibles et repoussants sont fréquents et des hallucinations se produisent souvent dans l'intervalle de la veille et du sommeil.

2°. Des sensations douloureuses dans la tête; chaleur, pression, pesanteur, vertiges, sensation de vacuité d'eau dans le crâne; situation analogue à celle de l'ivresse; bourdonnements d'oreilles; sensations analogues à celles de l'aura; légers mouvements convulsifs des muscles; douleurs erratiques dans diverses parties du corps, de la poitrine, de la colonne vertébrale, de

l'épigastre, etc. Insensibilité de certaines parties de la peau, sensation comme si quelques parties du corps ne lui ap=partenaient plus, diminution considérable de l'activité sexuelle, tels sont les principaux symptômes qui indiquent la modification de l'appareil nerveux. Le plus souvent ces modifications sont en rapport avec le trouble psychique. Une servante mélancolique, 32 ans, observée en 1857, avait beaucoup de douleurs névralgiques du front à droite avec une vive sensibilité du nerf sus orbitaire droit. Tous les jours il lui survenait des accès qui commençaient par une sensation de rotation autour de l'oeil droit, puis toute la tête se prenait, la disposition mélancolique devenait de plus en plus prononcée et la malade était alors tout à fait égarée.

3°. La digestion est souvent troublée et comme dans la plupart des affections cérébrales il y a constipation. Cette circonstance peut donner lieu à des erreurs étiologiques; on peut croire à certains obstacles mécaniques, à des obstructions hypothétiques, tandis que l'observation commune qui prouve que même la tristesse de l'état normal ne réagit sur le canal intestinal suffirait pour expliquer cette situation.

Quelquefois, surtout au début, on observe les signes d'un catarrhe gastro intestinal; le plus souvent on ne trouve que la langue chargée, l'appétit anormal, soit absent, soit quelquefois augmenté, le sentiment de la satiété paraissant alors faire défaut. Une voracité surprenante qui porte les malades à engloutir les aliments forme quelquefois un frappant contraste, et presque une situation risible, en présence de la disposition triste; on les voit par exemple absorber de gros morceaux de gâteaux avec une extrême rapidité et continuer à se plaindre de leurs péchés, de la perte de leur âme ou d'une foule d'autres malheurs terrestres. La pression qui existe chez ces malades dans la région précordiale semble dépendre du diaphragme ou des muscles de l'abdomen. Du reste cette sensation n'est pas encore bien expliquée et c'est à déplorer, parcequ'elle semble entretenir les dispositions anxieuses et on pourrait espérer en la dissipant soulager beaucoup les malades.

Une jeune femme observée en 1857, qui se trouvait atteinte d'un ulcère chronique de l'estomac à la suite d'un traitement au tartre

stibié largement employé pour une pneumonie, avait des accès souvent renouvelés de mélancolie aiguë, qui coïncidaient avec sensations d'anxiété précordiale et de palpitations, liés à la plénitude de l'estomac, à de légers écarts de régime à la production d'acides dans l'estomac, etc etc.

Le refus des aliments, qui survient si fréquemment chez les mélancoliques, et qui par sa longue durée et son opiniâtreté devient une complication fâcheuse, à cause de la nécessité d'employer des moyens de répression, provient souvent de la crainte d'empoisonnement, d'autres fois de diverses sensations anormales dans le bas ventre, qui portent à croire qu'il est bouché, qu'il n'y a plus de place pour les aliments etc, ou bien enfin d'une perte complète d'appétit; d'autres fois, c'est un moyen de suicide par inanition ou bien cette abstention a pour cause une sorte d'expiation des péchés par la faim, ou la crainte d'être coupable en mangeant, d'autres fois enfin des hallucinations qui commandent aux malades de jeûner etc etc.

Des maladies graves de la muqueuse intestinale, et principalement les catarrhes très-étendus, semblent

quelquefois faire naître ces conceptions et les entretenir.

Le refus des aliments est aussi quelquefois, comme Guislain le fait remarquer, (oraLes, p. 265) une manière particulière de faire de l'opposition, comme le mutisme volontaire (ceci est surtout vrai chez les hystériques); enfin, dans quelques cas, il peut dépendre uniquement de l'imitation. Les suites les plus immédiates de l'abstinence sont un rapide amaigrissement, la sécheresse de la peau, le ralentissement de la respiration, la constipation, la rareté de l'urine etc.

4° La nutrition générale du corps a souvent beaucoup à souffrir dans la mélancolie. Les malades maigrissent, la peau perd sa solidité et sa fraîcheur; elle devient pâle, jaune et souvent sèche. On observe un effet semblable par suite de la tristesse chez les gens sains d'esprit; néanmoins, on a fait observer avec raison que l'abattement psychique des mélancoliques agit en général moins profondément sur tout l'organisme que des émotions tristes prolongées chez les personnes saines d'esprit. Cela tient en grande partie à ce que

les mélancoliques mangent en général davantage et digèrent ordinairement mieux que dans les profondes afflictions de la vie normale; tandis qu'au contraire lorsqu'ils viennent à refuser les aliments, on voit souvent survenir un marasme aigu, souvent avec une maladie locale mortelle, telle que la pneumonie lobulaire ou la gangrène des poumons, etc.

5°. La respiration est souvent ralentie, incomplète et difficile; le malade cherche à faciliter le dégorgement de la poitrine par des soupirs; les palpitations sont fréquentes, et les sensations d'anxiété des malades partent souvent du cœur. Ces troubles de la circulation ont une véritable importance pour développer et entretenir la maladie du cerveau. Le pouls peut être très varié; souvent il est petit et lent; les mains et les pieds sont conti=nuellement froids, surtout chez les malades qui restent immobiles, et cyanosés jusqu'à une couleur de plomb.

6°. Les troubles de la menstruation, absence ou irrégularité de cette fonction, sont fréquents; dans certains cas, on voit la maladie cesser avec la réapparition des règles; dans d'autres au contraire ce retour ne la modifie pas ou même l'aggrave.

7°. Les anomalies de l'excrétion de l'urine peuvent être plus fréquentes qu'on ne le suppose habituellement ; malheureusement, on manque d'observations sérieuses à cet égard. L'émission des larmes, malgré la disposition triste prédominante, est rarement augmentée et le plus souvent supprimée : les malades ne peuvent pas pleurer.

8°. Des maladies chroniques de l'intestin, la tuberculisation pulmonaire, les maladies de la peau, les catarrhes chroniques de l'intestin, se développent souvent pendant la mélancolie, ou continuent leur marche d'une manière latente. Lorsque la mort survient, c'est habituellement par suite de l'une de ces maladies. Assez fréquemment la mort survient par suite du refus des aliments ; dans la mélancolie avec stupeur elle peut survenir aussi, sans cette cause accidentelle, par suite de l'augmentation progressive de la torpeur cérébrale et de la paralysie du cerveau. (C'est dans ces cas que l'on trouve souvent à ~~l'exp~~ l'autopsie un œdème considérable de cet organe).

La marche de la mélancolie est très-variable

et en rapport avec les variétés diverses sur lesquelles j'insisterai plus tard.

26 Mai 1865.

Mélancolie.

Guislain a signalé la gangrène du poumon chez les malades qui meurent d'inanition après un long emploi de la sonde œsophagienne.

Guislain a conseillé le séjour au lit comme moyen de traitement dans certaines mélancolies voisines des affections cérébrales aiguës. Parler avec quelques développements de ce que l'on appelle de la mélancolie dans les affections cérébrales aiguës : c'est de l'atonie, de l'inertie et non de la mélancolie vraie, comparable à celle qui présente une génération intellectuelle : celle dont on suit la filiation intellectuelle et la production lente et progressive ne ressemble en rien comme forme, ni comme marche et comme pronostic à celle qui survient après une grande excitation dans les maladies cérébrales organiques et en particulier dans la paralysie générale.

27 Mai 1865.

Aliénation partielle dépressive et expansive dans le livre de mon père.

Aliénation partielle, beaucoup plus fréquente que l'aliénation générale.

La possibilité de raisonner juste sur grand nombre de points donne à ces aliénés des apparences de calme et de raison qui contrastent avec l'agitation et le désordre général des maniaques.

Grandes différences entre les divers aliénés atteints du délire partiel.

On peut les diviser en deux espèces principales, monomanie ou mélancolie ; nous préférons les appeler expansive ou dépressive.

On les décrit ordinairement comme si elles étaient constituées par un délire unique, une idée erronée, ou un sentiment exclusif, implantés dans une intelligence tout à fait saine ; sans doute, il y a des prédominances, mais combien est étendu le fond sur lequel elles reposent et dont

l'observation est trop généralement négligée.

I. Aliénation partielle dépressive a pour fond et caractère principal l'affaissement, la lenteur, la prostration de toutes les facultés et une anxiété générale.

Cette disposition fondamentale de la sensibilité et de l'intelligence revêt des formes variées, mais elle entraîne chez les divers malades une foule de conséquences identiques.

Sensibilité opprimée et péniblement affectée.

Tout est vu par eux à travers le prisme de la peine et du désenchantement.

Tous les rapports avec le monde extérieur sont changés, faussés et pénibles.

Tout est pour eux répulsion et antipathie.

Les impressions les plus légères deviennent la cause de peines profondes.

Ils supportent difficilement les observations de leurs parents, de leurs amis; les consolations même les irritent.

En contradiction avec la nature entière le mélan=colique ne peut se réfugier dans son for intérieur; il n'y trouve qu'anxiété, doute, défiance de lui-même et

des autres.

Tout lui paraît changé autour de lui et en lui.

Il s'en afflige, s'en étonne, s'en irrite et au lieu de croire à son changement personnel, il croit à celui de tous ceux qui l'entourent; de là, irritation, colère, violence contre lui-même et contre les autres.

Il abandonne alors un monde qui le blesse et se jette dans la solitude où il végète dans l'inaction.

Souvent ce n'est pas seulement contre le monde en général mais contre ses meilleurs amis que portent ses soupçons, ses défiances et ses haines.

Plus tard, à cet état général d'affaissement, d'anxiété et de tristesse, succède une prostration physique et morale profonde dans laquelle il y a suspension plus ou moins complète de la sensibilité et de l'intelligence, degré de la maladie que l'on a décrit comme une forme spéciale sous le nom de mélancolie avec stupeur, stupidité ou idiotisme accidentel.

<u>La volonté</u> est également affaiblie, opprimée, impuissante. Indécision, lenteur dans les déterminations,

aboutissant jusqu'à l'absence absolue de toute volonté et impossibilité de se mouvoir.

On doit noter néanmoins deux formes différentes de réaction de l'activité humaine dans cette forme d'aliénation. Dans certains cas, la réaction est nulle; le malade est comme insensible et sans volonté; il ressemble à une statue. Dans d'autres, au contraire, les mélancoliques sont blessés, heurtés par tout ce qui les entoure et ils réagissent fortement, soit par la violence d'un penchant qui se traduit en actes, soit indirectement, par une instabilité incessante, un besoin général de se plaindre, de gémir, de se lamenter, qui, arrivé à un degré extrême, constitue un degré d'exaltation intermédiaire à la mélancolie et à la manie (Mélancolie agitée).

Intelligence affaissée, déprimée, comme la sensibilité et la volonté : rareté dans la production des idées; cours ralenti; cercle rétréci. Toutes les paroles du mélancolique sont relatives à lui-même et à son malheur. Il profère des plaintes monotones, pousse des soupirs, prononce des paroles entrecoupées. Tantôt, il n'a aucun besoin d'exprimer ses idées et ne parle que forcément, ou même pas du tout; tantôt, au contraire,

il parle beaucoup et à tout le monde, mais c'est toujours pour s'occuper de lui-même, faire entendre les mêmes plaintes, les mêmes lamentations; il est au moral ce que l'hypochondriaque est au physique.

Phénomènes extérieurs. Physionomie concentrée, anxieuse, plus tard exprimant l'hébétude et la stupidité; silence habituel allant jusqu'au mutisme; lenteur des mouvements portée jusqu'à l'immobilité; toutes ces manifestations extérieures correspondent à l'état intérieur précédemment décrit.

Conceptions délirantes. C'est là le tableau général du mélancolique et cependant nous n'avons encore rien dit des conceptions délirantes qui se détachent sur le fond de ce tableau, et qui en revêtent la teinte générale, quoique variables à l'infini selon les individus, les habitudes intellectuelles, les circonstances extérieures et les époques sociales.

Les uns éprouvent une anxiété générale, croient avoir fait une mauvaise action, avoir

commis un crime, être réservés aux plus grands châtiments dans ce monde et dans l'autre; accablés de scrupules, ils incriminent les actions les plus innocentes de leur vie ou s'imaginent être possédés du diable, abandonnés de Dieu.

Les autres, par suite du sentiment de défiance qui les anime, s'imaginent être entourés d'ennemis, d'espions, d'ennemis invisibles, et selon leurs idées antérieures, leur éducation ou l'époque sociale; ils se croient sous l'influence de la sorcellerie, de la magie, de la physique, des sciences occultes, du magnétisme, de la police etc.

D'autres enfin, tout entiers à leur tristesse, se croient ruinés, eux et leur famille, accusés, déshonorés, prêts à être conduits à l'échafaud, ou bien trahis par leurs parents et leurs amis.

En un mot, les idées délirantes, qui deviennent le centre des préoccupations de l'intelligence et des sentiments, et qui paraissent, au premier abord, constituer tout le délire, ne sont que le relief de l'état général sur lequel elles ont germé et qui leur a donné naissance; malgré leurs variétés infinies, elles

participent toutes du caractère général de la maladie.

Résumé. Il n'y a donc pas, dans la mélancolie, comme on l'a dit si souvent, concentration de l'attention, ni même de toutes les forces intellectuelles sur une idée triste, mais un état général de tristesse et de dépression qui se formule en une idée prédominante et se manifeste par une foule d'autres phénomènes maladifs.

Pour le dire en deux mots, les mélancoliques sont plus absorbés qu'attentifs.

15e Leçon.

Des Variétés de la Mélancolie.

25 Janvier 1867.

25 Janvier 1867. Plan de la leçon sur les variétés de la Mélancolie.

Indiquer en quelques mots les caractères communs de la mélancolie qui ont été décrits dans la dernière séance et dire ensuite qu'ils comportent des variétés importantes à distinguer. On pourrait multiplier à l'infini ces variétés si l'on se basait sur l'idée dominante ou sur l'objet du délire, d'après les idées, d'après les sentiments et d'après les penchants, comme on l'a fait pour les monomanies; mais ce n'est pas scientifique et il faut chercher mieux. Or, c'est ce que nous allons chercher à ébaucher, en admettant provisoirement dans l'état actuel de la science trois variétés distinctes:

1°. Variété hypochondriaque, physique ou morale, avec exagération du sentiment de maladie, mobilité incessante, conscience de son état et im=pulsions involontaires : forme intermittente.

2°. Mélancolie dépressive avec affaissement, inertie, torpeur plutôt qu'avec anxiété et profonde tristesse, consistant surtout dans la lenteur des conceptions et l'inaction physique et morale. Plusieurs degrés : 2°. dépression de la folie à double forme ; 1°. Mélancolie sans délire ; 3°. Divers degrés de la stupeur, aboutissant à la stupidité et à l'idiotisme accidentel. Forme essentiellement cérébrale, continue et curable.

3°. Monomanie triste ou mélancolie active, qui a les idées tristes, sans le fond de la mélancolie. Le délire de persécution en est le type le plus accusé. Le décrire avec détails dans ses quatre périodes.

Terminer la leçon par des considérations générales sur deux symptômes principaux de la mélancolie : 1°. le suicide ;

2°. le refus des aliments.

Plan de la leçon sur les variétés de la Mélancolie.

1°. Terminer ce qui est relatif à la description générale de la mélancolie par les symptômes physiques et par la marche.

2°. Dire que ce groupe générique des mélancoliques comprend des états trop nombreux pour pouvoir être conservés dans un même groupe et qu'il faut établir des distinctions. On a déjà fait celle de la stupeur ou stupidité, mais ce n'est pas assez, il faut pousser plus loin cette étude clinique.

Pinel avait compris la monomanie dans la mélancolie. Esquirol les a séparés. Mr. Baillarger a séparé en deux les faits réunis par Esquirol dans la lypémanie et a fait passer les uns dans le délire général et les autres dans la monomanie (monomanie avec idées tristes).

3°. Décrire successivement :

1°. L'hypochondrie et la mélancolie hypochondriaque.

2°. L'hypochondrie morale ou préoccupation de son état sans pouvoir le vaincre, avec conscience de la

situation, crainte de devenir aliéné; image du précipice qui attire et repousse tout à la fois; plus on craint une chose et plus on s'imagine qu'on va y tomber; plus on se sent attiré vers elle et plus on la cultive; crainte de tuer ses enfants, de se tuer; on recule devant un couteau ou un rasoir et on s'y sent attiré. Décrire avec détail cette situation si curieuse de l'esprit et faire assister l'auditeur aux combats intérieurs de ces intelligences. Mme Anna, Mme Jules, Mme Emilie, Mme Eugénie. Scrupules religieux (Traité de la paix intérieure); craintes du toucher; etc.

3°. La mélancolie dépressive souvent sans délire, consistant dans une simple prostration physique et morale; décrire d'abord les degrés les plus modérés; prendre pour exemple certaines mélancolies observées dans les familles et les variétés les plus modérées de la folie circulaire. Arriver par degrés successifs jusqu'à la stupeur à la stupidité et à l'idiotisme accidentel. Cette forme succède souvent à des affections cérébrales ou générales; elle est quelquefois précédée d'une courte période d'excitation maniaque, ou d'autres fois

constitue le stade mélancolique qui précède l'état maniaque. Elle est très-lente dans son évolution et d'une longue durée; quelquefois elle ne guérit pas, mais souvent aussi elle finit par guérir au bout d'un long temps. Moyens variés employés pour réveiller ces malades et les faire parler: l'électricité, éthérisation, hydrothérapie, stimulants énergiques de la peau. État physique concomitant; ralentissement de la circulation; extrémités froides et bleuâtres; immobilité absolue, mutisme; souvent refus d'aliments. Cette forme est continue mais guérit.

On discute pour savoir s'il existe toujours un travail intérieur de la pensée chez ces malades ou si l'intelligence est tout à fait suspendue: MM Baillarger, Delasiauve.

4° Mélancolie anxieuse.

25 Janvier 1867.

Description de l'hypochondrie par Griesinger.

Forme la plus bénigne de la folie. Elle a des particularités qui la distinguent de la mélancolie. Elle a, comme elle, le caractère général d'abattement, de tristesse, de dépression des sentiments, de diminution dans l'énergie de la volonté et d'un délire correspondant à cette disposition de l'esprit; mais elle en diffère, parceque dans l'hypochondrie, la dépression des sentiments dépend d'un sentiment de maladie physique.

30 Mai 1865.

Hypochondrie et mélancolie hypochondriaque.

Il y a deux espèces d'hypochondrie: celle des anciens (maladie physique) et celle des aliénistes modernes (nosomanie). Il importe beaucoup de distinguer ces deux états dans la

description; l'une est une maladie physique et l'autre une maladie mentale.

1° Hypochondrie physique. Troubles très-variés dans les fonctions digestives et dans le système nerveux et circulatoire de l'abdomen : irrégularités dans les digestions; appétit augmenté et diminué; gastralgies; eructations; tympanites; difficultés des garde-robes; hémorrhoïdes; sensations extrêmement variées dans toutes les parties du corps pour lesquelles les malades ont un vocabulaire tout spécial. Les malades se sentent incapables de tout; profondément découragés; cet état de l'abdomen réagit puissamment sur le moral et donne lieu à un profond sentiment de maladie qui domine toute l'existence. C'est une névropathie protéiforme, avec un sentiment général de malaise, un sentiment profond de maladie qui n'est pas en rapport avec les manifestations extérieures. Aussi dit-on que ce sont des malades imaginaires, ce qui les révolte au plus haut degré. Ils lisent tous les livres de médecine, consultent tous les médecins, font des théories variées, se traitent de toutes les manières et trouvent toujours que cela leur fait plus de mal que de bien. Ils ont un besoin

continuel de parler de leurs souffrances et ne peuvent parler d'autre chose ; ils sont incapables de toute autre occupation, négligent tous leurs devoirs, sont d'un profond égoïsme etc etc. Il n'est pas de médecin qui n'ait vu de ces états qui les accablent de visites et de questions et que l'on ne peut parvenir à le modifier, ni par les moyens physiques, ni par le moral. C'est une marche de maladie d'une longueur démesurée et qui ne finit jamais, avec des rémissions mais sans véritables intermittences. Souvent l'état reste à ce degré, sans aliénation pendant de longues années. D'autres fois, l'aliénation mentale vient s'y ajouter et alors c'est de la mélancolie.

25 Janvier 1867.

Mélancolie avec stupeur.
(Extrait de Griesinger.)

La concentration de l'esprit arrivée à son plus haut degré se manifeste par la stupeur.

Extérieurement, les malades arrivés à un

degré élevé de stupeur présentent l'image de la démence. Complètement muets et inactifs, ne se meuvent que sous l'influence d'une cause extérieure énergique. Leur aspect est celui de la stupidité.

Expression du visage indiquant une oppression psychique profonde; le regard seul n'indique pas la nullité de la démence, mais une émotion douloureuse, l'anxiété et l'étonnement.

Au degré le plus élevé, anesthésie partielle ou générale de la surface de la peau; état des sens supérieurs qui fait que les impressions de la vue et de l'ouïe sont indistinctes et confuses et souvent perçues comme si elles venaient de loin.

Les muscles tantôt rigides, tendus, engourdis: états de catalepsie; beaucoup de cas cités comme exemples de catalepsie, ne sont que des mélancolies avec stupeur. La motilité des membres sous l'influence de la volonté est diminuée et presque supprimée: entrave pesant sur les forces motrices du cerveau.

Ils ont perdu la conscience du temps et des lieux, ainsi que le sentiment des besoins physiques: très-malpropres; il faut les faire manger, les habiller,

les coucher. Maigrissent beaucoup; puis arrive le marasme et souvent la mort qui est loin d'être rare dans cette variété de la mélancolie.

Etat intellectuel intérieur. Les malades, après la guérison, donnent des renseignements curieux: loin de présenter le vide de la démence, la pensée ne cesse pas d'être active. Le malade, privé par les anomalies des sens, de la perception réelle du monde extérieur, vit dans un monde imaginaire. Une anxiété intérieure effroyable le tourmente jusqu'à le suffoquer: il se croit menacé d'un malheur, que les maisons vont tomber, que le monde entier va périr; il croit avoir commis un crime affreux, qu'il est réprouvé, etc etc.

Le malade ne peut pas vouloir, et il sent l'impossibilité de se soustraire aux choses effrayantes qui le menacent de tous côtés. Le plus souvent il ne peut dire pourquoi il manque ainsi de volonté, mais d'autres malades l'expliquent en disant que les sensations trop faibles ne peuvent agir sur la volonté.

Passivité complète; inaction et immobilité

absolues; parfois états intercurrents d'activité plus grande; retours momentanés à la conscience et à l'action; courts moments lucides avec rechute rapide.

Généralement, l'insensibilité extérieure, la suppression de tout effort, et le délire intérieur s'accompagnent d'illusions et d'hallucinations: voix qui font des reproches ou disent des injures, qui menacent de mort, ou bien bruit confus de cloches, de tambours, de canons; vue de spectres, fantômes, cadavres, souterrains, volcans; ils voient martyriser leurs parents, leurs amis; ils se croient dans un désert, dans l'enfer, aux galères; le changement subjectif est complet et fait voir toutes les choses du dehors à travers un prisme qui les transforme conformément aux idées et aux sentiments dominants.

Sous beaucoup de rapports, cet état ressemble à celui de rêve. Il y a production d'émotions, d'idées, et d'images pénibles et en même temps apparition de sensations singulières, nouvelles et désagréables (four=millements, picotements, froid) dans les nerfs sensitifs engourdis: tout cela tient à une pression manifeste sur le cerveau. Les malades, quand ils commencent à se trouver un peu mieux, à manger seuls, sont étonnés

comme s'ils se réveillaient et s'ils sortaient d'un rêve pénible.

Cependant, on n'observe pas toujours, pendant la durée de cette forme de la mélancolie une telle multiplicité d'idées et de sensations: quelquefois demi-sommeil, sans rêves distincts, sans hallucinations vives: état général de concentration et de confusion dans lequel le malade est étranger au monde extérieur et a le sentiment d'un trouble intérieur profond de la perte de sa volonté, où les phénomènes intellectuels éprouvent une véritable suspension avec conscience de son état. Peut-être cependant les malades ne peuvent-ils pas bien se rendre compte de leur état, pendant sa durée, ou bien ils en perdent plus tard le souvenir; car on voit des aliénés de ce genre manifester des idées ou des émotions vives pendant l'accès et ne plus s'en rappeler quand ils sont guéris.

Ceci nous explique comment des observateurs distingués (Esquirol, Georget, Ellis) ont rangé ces états dans la démence, et pourquoi E Demazy et Scipion Pinel ont admis dans tous les cas de ce genre l'oedème du cerveau, ou compression.

de cet organe. Mais ce fait anatomique n'est pas constant, et de plus les aveux des malades après la guérison prouvent la différence profonde qui existe entre cet état et la démence. Il y a la même différence qu'entre la compression momentanée des nerfs sensitifs avec sensations anormales et l'anesthésie complète.

La mélancolie avec stupeur quand elle se prolonge longtemps peut se transformer en démence, c'est-à-dire en un état dans lequel l'activité intellectuelle n'est pas seulement enrayée mais détruite.

Les deux états se distinguent extérieurement par l'expression différente du visage et surtout du regard, par l'apparition souvent primitive et très-rapide de la mélancolie avec stupeur, l'amaigrissement avec coloration sale de la peau du visage, l'irrégularité des sécrétions, le sommeil rare, la grande opposition aux mouvements passifs, le refus d'aliments et les tentatives de suicide, toutes circonstances qui n'existent pas dans la démence.

Quand la mélancolie avec stupeur ne passe pas à la démence, elle guérit souvent et même en quelques mois; la plupart guérissent promptement

et comme s'ils sortaient d'un rêve : drastiques et vésicatoires souvent efficaces, ainsi que l'hydrothérapie et l'électricité.

La mort survient parfois à la suite de l'augmentation des phénomènes de compression cérébrale (pouls très-lent) parfois aussi à la suite d'un marasme intense et progressif, dû à un catarrhe intestinal ou à la phthisie pulmonaire; quelques malades se suicident et c'est important à noter, comme l'a fait Mr. Baillarger, parceque l'on ne s'y attendrait pas et que les infirmiers et surveillants ne se tiennent pas sur leurs gardes.

Cette maladie apparaît souvent primiti:vement ; souvent à la suite d'une maladie aiguë, comme la fièvre typhoïde ou intermittente ou bien vient compliquer l'épilepsie ou d'autres maladies nerveuses comme la catalepsie, l'extase etc. Quelquefois, chez les femmes jeunes à la suite d'un grand ébranlement moral, d'une frayeur, d'une émotion vive. Quelquefois aussi elle succède à l'épilepsie, à la manie ou alterne avec cette dernière. Mr. Morel a insisté avec

beaucoup de raison sur la variété spéciale de stupidité (ou démence précoce souvent avec salivation, oedème et refroidissement des extrémités) qui est une fréquente terminaison des folies hystériques d'abord rémittentes, forme de stupidité qui est bien moins curable que celles qui succèdent aux maladies aiguës.

Suicide.

Le suicide se produit à tout age, même dans l'enfance.

Il est très-héréditaire et alterne souvent dans plusieurs générations avec d'autres formes de maladies mentales.

Il est trois fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Les statistiques les plus exactes des dernières années prouvent que le suicide augmente tous les ans. Casper l'a prouvé pour Berlin. La statistique du ministère de la justice l'a démontré pour la France; de 1827 à 1837, il y a eu une augmentation de plus d'un quart. En 1838 et 1839 il y avait un suicide sur 12,000 habitants et en 1852 sur 9,340. Transmission du

Suicide par imitation : filles de Millez ; maison des invalides

26 Mai 1865.

Détails sur le refus des aliments chez les mélancoliques.

Refus d'aliments. Souvent très-prolongé ; cas où la sonde a été appliquée pendant 10 mois, 12 mois ou plus : il y a sous ce rapport, dans la science, des exemples extraordinaires par leur durée. D'autres cas également très-extraordinaires par la durée de l'absence d'alimentation sans que la mort survienne : ce sont là des cas singuliers de déviation des fonctions nerveuses qui président à la fois à l'absorption et à la nutrition ; de même que dans certains états nerveux d'hystérie des doses énormes de poisons passent par l'intestin sans être absorbées et sans tuer ; de même chez certains malades, immobiles, inertes, restant au lit, dans un état mélancolique où toutes fonctions sont ralenties et les sécrétions

presque nulles, l'organisme n'ayant presque rien à dépenser, n'a presque pas besoin de recevoir et vit pendant très-long temps sur sa propre substance. C'est une question de balance comme on en voit l'exemple chez les animaux hibernants, les marmotes que l'on devrait étudier à ce point de vue pour éclairer cette question de nutrition dans les mélancolies et surtout dans la période de dépression de la folie circulaire. Dans tous les cas, on peut attendre plus long temps qu'on ne croit avant de faire manger de force un malade mélancolique, et l'on peut le nourrir moins copieusement qu'on ne le fait, sans craindre l'inanition, l'amaigrissement ou la mort.

Entrer dans quelques détails sur la sonde œsophagienne, son mode d'emploi, les circonstances où il faut l'employer, ses inconvénients, ses dangers, les obstacles imprévus que l'on rencontre et qui ne résultent pas seulement de la maladresse de l'opérateur. Aussi faut-il tâcher d'inventer de nouveaux moyens pour l'éviter. Bouche de Mr. Billod; sonde de femme de mon père (intervention utile de la volonté, mais les malades arrivent rapidement à rejeter par la bouche)

cuiller pour verser le liquide par le nez (moyen de Guislain indiqué par Mr. Vermeulen à Gand) Sonde de Baillarger et Blanche; chaque médecin d'asile à son moyen de prédilection. Mr. Morel emploie l'électricité par intimidation; d'autres ont recours à la douche. Mr. Morel déclare que depuis plusieurs années, il n'a pas eu besoin de la sonde.

6 Février 1858.

Faire une note sur la différence qui existe entre :

1° Les mélancoliques anxieux, atteints d'hypochondrie morale, de la crainte de faire du mal, de devenir aliénés, de ne jamais guérir, d'être incapables de tout, d'être à charge à tout le monde, etc (état accompagné de besoin de mouvement, de plaintes continuelles, de tremblements, d'anxiété précordiale, de vide dans la tête, de sensation, de pression, de plomb etc et le plus souvent intermittent ou même curable) et

2°. Le délire de persécution, qui est également produit par la crainte, mais par la crainte active, qui accuse au lieu de se lamenter, qui se porte aux actes violents, au lieu de les redouter et de se prémunir contre eux, qui porte à l'homicide mais non au suicide, qui ne s'accompagne de tristesse vraie, quoique dominé par des idées tristes, qui représente la monomanie plutôt que la mélancolie, qui n'est que rémittent et pas intermittent, qui passe à l'état chronique en se stéréotypant de plus en plus et en adoptant un langage particulier, au lieu de rester toujours au même degré et de guérir, comme l'autre forme de mélancolie. Voilà des distinctions importantes et cliniques dans le vaste champs de la mélancolie, qui peuvent servir de base à une étude sérieuse de cette forme de maladie mentale, en y ajoutant une 3e. variété, celle de la mélancolie dépressive, prostration pure et simple, mélancolie générale de Mr. Baillarger, sans mouvements, sans mobilité, sans excitation et qui comprend tous les degrés possibles de la stupeur jusqu'à la stupidité proprement dite et à l'idiotisme accidentel.

Je crois qu'avec ces trois grandes classes, on

peut décrire tous les mélancoliques et leurs variétés, et faire un travail clinique, au lieu de classifications psychologiques, par passions ou par facultés, qui sont mauvaises en théorie, parcequ'elles donnent une idée fausse de l'état maladif, et stériles en pratique, puisqu'elles sont sans applications possibles, confondant ce qui doit être séparé et réunissant ce qui doit être distingué.

22 Mars 1858.

On a signalé la manie intermittente, sans toutefois la distinguer par des caractères spéciaux. Je crois qu'il serait possible de signaler également la mélancolie intermittente et de la reconnaître à des caractères particuliers. C'est une étude qui me paraît très-intéressante, très-utile pour l'avancement de la Science et importante pour la pratique.

On confond aujourd'hui tous les mélancoliques, sous prétexte qu'ils sont tous déprimés par la crainte et la défiance. On croit, à l'aide de ces deux

mots, arriver à un haut degré de généralisation et résumer parfaitement leur état. Ce sont en effet des mots généraux qui embrassent beaucoup de faits et s'appliquent à des états divers; mais ces mots sont trop vagues pour donner une idée exacte des états auxquels ils se rapportent. Il faut pousser plus avant l'étude clinique et ne pas se borner à cette apparente généralité psychologique qui ne sert à rien pour la pratique. Eh bien, je crois que les mélancoliques persécutés qui passent par les trois phases de l'interprétation (soit de faits extérieurs, soit de sensations physiques, hypochondrie) de l'hallucination de l'ouïe et enfin des hallucinations du tact avec langage personnel stéréotypé, que ces malades, dis-je, dits mélan=colyques, sont très-différents des malades atteints d'hy=pochondrie morale intermittente qui n'arrivent jamais jusqu'à l'hallucination de l'ouïe, qui craignent de devenir aliénés, se sentent incapables au physique et au moral, s'inquiètent de tout, ont peur de tout, craignent d'être poussés au mal, à se faire du mal ou à en faire aux autres et se précipitent souvent dans l'abîme dans la crainte d'y tomber, malades véritablement atteints d'hypochondrie morale, qui ont des paroxysmes

très-intenses et des rémissions qui souvent croient avoir commis des fautes, se les reprochent amèrement et se livrent aux manifestations du désespoir le plus bruyant, dont les paroxysmes surviennent souvent à certaines heures, le matin ou le soir par exemple, état tout particulier qui demande une description particulière et qui pourra peut-être être distinguée nettement des autres variétés de mélancolie, qui n'ont pas la même marche. Ce qu'il y a de curieux, c'est que cette variété de mélancolie, malgré les variations de degrés dans les rémissions et les paroxysmes fréquents, est la même au fond pendant tout l'accès, ne s'aggrave et ne se complique pas, ne s'accompagne pas d'hallucinations de l'ouïe, présente quelquefois des hallucinations de la vue (Ex: Mr. Ducoüédic qui voyait des serpents dans le marbre de sa commode) ne se métamorphose pas, ne se chronifie pas, reste le même pendant tout l'accès et aux accès suivants, tandis que le délire de persécution passe toujours à l'état chronique, se transforme presque toujours de la même façon et est presque toujours <u>incurable</u>.

13 Décembre 1858.

Caractères de la mélancolie intermittente.

État vague de tristesse non motivé, le fond l'emportant sur le relief. État physique prédominant sur l'état moral. Invasion brusque, cessation idem.

Prostration; sentiment de faiblesse et cependant mobilité incessante. Penchant au suicide fréquent et souvent mis à exécution.

Tremblement ou grelottement continuel.

Identité absolue de tous les accès au physique et au moral.

Conscience de son état.

20 Octobre 1857.

Délire de persécution.

Caractère antérieur. Souvent un peu en rapport avec le caractère ultérieur du délire; craintif, défiant, soupçonneux. Cependant, ce délire peut survenir quelquefois chez des individus très-actifs, entreprenants et téméraires autrefois. C'est alors ordinairement à la

suite d'une cause morale triste déterminante, telle que revers de fortune, perte d'une personne chère, etc, etc.

Le délire de persécution varie selon l'objet du délire, actuellement et aux diverses époques historiques. Crainte de damnation, des ennemis, de la police, du magnétisme, de la physique, etc. Mais il est le même au fond. Ce n'est pas une mélancolie véritable, quoique les idées soient de nature pénible; le fond mélancolique manque; il n'y a ni prostration physique ni sentiment d'incapacité morale; les malades se meuvent beaucoup, sont actifs, ne se sentent ni faibles ni fatigués; ils ont beaucoup d'activité dans l'esprit, parlent sans cesse, vont se plaindre aux autorités, écrivent beaucoup et à tous des réclamations etc. En un mot, c'est une monomanie triste; ce n'est pas une mélancolie vraie avec le fond dépressif.

Au premier degré, il n'y a pas d'hallu=cinations. Il n'y a qu'une disposition vague à la crainte, à la défiance, avec interprétations

multiples des plus simples faits qui se passent au dehors. Le malade n'est alors que l'exagération de certains caractères défiants. Il se fait le centre de tout ce qui se passe autour de lui ; il donne à tout un sens caché, mystérieux ; il croit tous les gestes, les paroles et les actes dirigés contre lui ; on se fait des signes dans les rues en le regardant ; on parle à voix basse ; on chuchotte quand il passe ; on épie ses moindres actions pour s'en moquer ou en tirer parti contre lui. L'esprit, une fois entré dans cette voie déplorable d'interprétations, finit par interpréter de la manière la plus erronée tous les faits de la vie habituelle. Il dénature ainsi les meilleures intentions de ceux qui veulent lui être agréable, prend en désaffection ses parents, ses amis, et ce sont toujours ceux qu'il affectionnait le plus auparavant, qui deviennent les chefs de leurs persécuteurs. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que c'est dans les niaiseries de la vie habituelle qu'ils cherchent et qu'ils découvrent des preuves accablantes contre leurs persécuteurs, au lieu de les chercher dans une passion de haine, de jalousie etc, ou dans un motif d'intérêt. Lorsqu'on leur demande quel motif les personnes qu'ils accusent ont

pour leur en vouloir, ils répondent presque toujours qu'ils n'en savent rien. Ils ne supposent presque jamais chez leurs persécuteurs un motif sérieux de haine et c'est ce qui les distingue des hommes sains d'esprit qui croient avoir des ennemis et qui en cherchent les mobiles dans les passions naturelles à l'espèce humaine. Ici, ce sont des preuves vraiment ridicules, basées sur des minuties, sur une coïncidence de son, sur une ressemblance de nom, sur une lettre de plus ou de moins, sur la couleur d'un vêtement, en un mot sur un rien qui leur suffisent pour appuyer comme sur une base inébranlable tout l'échafaudage de leurs accusations en règle. L'esprit en travail dans cette voie fâcheuse, flotte, en général, hésitant à cette période entre diverses directions à donner à ce délire de persécution et n'a pas encore nettement déterminé l'objet de son délire. C'est petit à petit et lentement que se fait le travail de la systématisation délirante. A cette période, le délire de persécution ne peut être décrit que dans ses caractères généraux, soit comme tendance, soit comme acte, parce qu'il n'a pas encore revêtu

un objet particulier, relatif à telle ou telle personne, ou à telle ou telle espèce d'influence malfaisante. Ce n'est que plus tard, lorsqu'il a revêtu une forme déterminée qu'il est possible d'établir plusieurs variétés en rapport avec l'idée prédominante de police, de damnation, de physique, de magnétisme, de sciences occultes, etc.

La seconde période commence lorsque le passage s'effectue entre la simple interprétation maladive de paroles réellement prononcées et la production de véritables hallucinations de l'ouïe, d'abord indéterminées, puis de plus en plus nettes. C'est là la seconde phase de la maladie, époque à laquelle elle devient de plus en plus incontestable. Le malade se retourne brusquement dans la rue, en marchant, croyant qu'on lui a parlé, qu'on l'a insulté; c'est d'abord une simple illusion, une interprétation fausse de paroles réellement entendues; mais, plus tard, c'est une véritable création de l'esprit, une hallucination, en un mot, qui devient de plus en plus nette, et qui, certains jours, dans un paroxysme, devient si intense et si voisine d'une sensation réelle qu'elle pousse le malade à l'action, lui commande souvent des actes dangereux ou nuisibles pour les autres ou lui-

même. Les voix le poussent à refuser les aliments, à se tuer, ou même à frapper, souffleter, ou insulter la première personne venue qu'ils rencontrent dans la rue. Les malades, arrivés à ce degré, deviennent très-dangereux, et doivent nécessairement être séquestrés sous peine des plus grands malheurs.

21 Octobre 1857.

Pour bien décrire le délire de persécution, il faut admettre trois périodes :

1ère période ou d'acuité; le malade interprète contre lui tout ce qu'il voit, tout ce qu'il entend; on le regarde; on se fait des signes d'intelligence en le regardant; on chuchotte à l'oreille; on le suit; il voit dans le visage et la manière d'être des personnes qui l'entourent leurs mauvaises intentions; il devine à demi-mot; toutes les conversations sont à double entente et ont un sens caché et mystérieux; il devine bien à demi-mot ce qu'on a voulu dire et ce qu'on a cherché à lui cacher; il est plus malin que ceux qui cherchent à le tromper, à l'injurier, à se moquer de lui; il interprète les moindres signes, les moindres

gestes, les moindres mots. Les faits les plus insignifiants, les plus simples, les plus faciles à expliquer par une cause toute naturelle et un motif à la portée de tout le monde, acquièrent pour lui une importance toute parti=culière; il découvre un sens caché toujours dans le sens de ses préoccupations et des preuves accablantes contre ses persécuteurs. C'est la période où la tendance à la défiance et à la crainte existe seule, mais où les idées de persécutions n'ont pas encore revêtu une forme bien déterminée relativement à telles personnes ou à tel genre d'influence. C'est la période d'interprétations délirantes et d'illusions sensorielles.

La seconde période est marquée par l'apparition des hallucinations de l'ouïe : la pensée prend un corps et se transforme en son; le malade réalise à l'extérieur ses propres pensées qui lui reviennent du dehors sous forme de sons et il est alors inébranlable dans ses convictions parcequ'il croit en trouver des preuves matérielles saisissables dans le monde extérieur. C'est la période d'hallucinations pendant laquelle le délire se systématise et se restreint dans une direction d'idées déterminée.

Troisième période, les hallucinations du tact,

quelquefois de l'odorat et du goût (jamais de la vue) viennent se joindre aux précédentes; le malade éprouve des douleurs; on lui fait subir des tortures; on lui souffle de mauvaises odeurs; on l'empêche de dormir; on le fait penser malgré lui; on connaît ses pensées à distances; magnétisme, physique, électricité, etc. C'est la chronicité.

21 Octobre 1857.

Le délire de persécution est souvent très-lent dans son évolution, et ce n'est souvent qu'au bout de plusieurs années que les malades laissent échapper le secret de leurs préoccupations et sont reconnus comme aliénés par les personnes même qui vivent constamment avec eux. Tout le travail de création du délire se fait très-lentement, dans l'intimité de la conscience, souvent sans aucune manifestation extérieure, même pour les yeux les plus exercés, à moins qu'un fait par hasard n'ait dirigé l'attention vers l'étude psychologique minutieuse de l'individu. Il se fait ainsi un travail lent, caché, souterrain en quelque sorte. La maladie

qui tend à s'introduire progressivement dans l'esprit et à le dominer de plus en plus, mine sourdement, et par un travail continu et incessant, les racines même de notre être, et prend de plus en plus droit de domicile dans l'esprit, sans que la volonté, qui établit avec elle dans le for intérieur une lutte de chaque instant, puisse parvenir à enrayer ce travail très-lent mais qui use toutes les résistances par son action continue et persévérante. Rien n'est plus curieux que les confidences parlées ou écrites, faites à cet égard par les malades, (alors que la maladie confirmée les porte à faire part à tout venant de leurs préoccupations, au lieu de les concentrer au fond de leur cœur,) par suite d'une sorte de honte ou de demi-conscience de leur état que ne possède plus l'aliéné arrivé à la période d'état) sur ces premières périodes de la maladie, qui durent quelquefois plusieurs années ou même qui datent des premières années de l'existence, sans qu'aucun acte ou aucune manifestation extérieure vienne trahir au dehors le désordre sans cesse croissant de l'esprit en travail de systématisation de son délire. Quelquefois même, c'est un acte violent, tel qu'une tentative de suicide, une

insulte adressée à quelqu'un en public, un soufflet donné, ou tout autre acte dangereux qui viennent donner l'éveil et qui les premiers attirent l'attention sur l'état d'un malade dont l'esprit est déjà troublé depuis long temps.

12 Novembre 1857.

Les aliénés à idées de persécution gardent souvent leur délire intérieurement sans le manifester, excepté pendant les paroxysmes, et on les prend alors très-facilement pour des gens très-raisonnables. Même lorsqu'ils manifestent leur délire, ils cherchent à l'appuyer de tant de preuves et à le rendre si plausible que les gens du monde y sont pris très-facilement et peuvent très-bien méconnaître le délire. Ce délire fait souvent explosion pendant les paroxysmes par des actes qui frappent alors tous les yeux mais qui malheureusement sont souvent très-dangereux pour le malade ou pour ceux qui l'entourent. Ces malades, poussés à bout par des persécutions incessantes, finissent souvent par insulter dans la rue ou même par

se livrer à des voies de fait envers ceux qu'ils considèrent comme leurs persécuteurs. D'autres malades moins violents ou plus craintifs se bornent à changer de logement à chaque instant pour fuir les localités où les personnes auxquelles ils attribuent leurs souffrances; ou bien ils vont se plaindre aux autorités pour faire cesser les affreuses tortures auxquelles on les soumet, ou bien, ils se bornent à écrire des lettres nombreuses dans lesquelles ils exhalent leurs plaintes et signalent leurs ennemis à l'attention des magistrats ou de ceux qu'ils implorent comme protecteurs. En un mot, ces malades, sans cesse occupés de leurs idées, de leurs souffrances, de leurs malheurs, voyant dans tout ce qui les entoure de nouvelles preuves de la vérité de leurs appréhensions, trouvant dans tout ce qui se passe autour d'eux des allusions évidentes à leurs maux, des moqueries ou de véritables attaques directes, ils sont incapables de se livrer à aucune occupation, de faire la moindre chose d'une manière suivie. Ils sont constamment distraits, inattentifs, absorbés et ne peuvent concentrer leur attention que sur l'objet constant de leurs préoccupations. Ils

creusent ainsi incessamment dans la même voie et complètent de plus en plus leur systématisation délirante jusqu'à ce qu'elle devienne assez précise et assez nette pour qu'ils n'éprouvent plus le besoin de l'agrandir et de l'étendre par de nouvelles additions, à moins que les circonstances ne leur en fournissent l'occasion. Rien n'est plus curieux et plus instructif que l'étude minutieuse de ce travail lent et successif, qui se fait de la même façon chez tous les persécutés et qui ne diffère chez les divers individus que par les ressources plus ou moins étendues de leur intelligence pour inventer des détails plus ou moins ingénieux, mais qui est au fond le même chez tous, chez l'homme inculte comme chez celui qui a reçu de l'éducation, chez le savant comme chez l'ignorant et qui constitue en réalité le véritable type maladif, susceptible d'être étudié et décrit. Rien ne serait plus profitable que cette étude détaillée, et typique en quelque sorte, du mode de développement intérieur du délire de persécution indépendamment des diversités individuelles

secondaires. Les malades fuient le monde et la société; tout les blesse et les irrite; ils trouvent partout des causes de douleurs et ne pouvant réagir violemment contre toutes les blessures qu'on leur cause à chaque instant, (car ils sont en général plus craintifs que combattants), ils supportent péniblement le contact des autres hommes et recherchent le plus souvent l'isolement pour se soustraire aux pénibles impressions provoquées chez eux par les moindres paroles ou les moindres actes dont ils sont témoins. De là la différence de manifestation des persécutés dans le monde ou dans les asiles. Dans le monde, ils trouvent à chaque instant des circonstances qui les blessent et le plus souvent ils les supportent en silence sans oser se plaindre. Dans les asiles, au contraire, rien ne s'oppose à l'explosion de leurs accusations et de leurs plaintes et ils sont sans cesse disposés à en faire part à tout venant.

Résumé des notes sur le délire de persécution.

Le caractère antérieur est souvent défiant et soupçonneux : cependant ce n'est pas absolu.

Le délire varie, quant à son objet, actuellement et aux diverses époques : police, ennemis, physique, magnétisme.

Il est le même au fond ; ce n'est pas une mélancolie, avec état dépressif ; c'est une mono=manie triste, c'est-à-dire un état d'activité de l'esprit avec préoccupation d'idées de crainte et de défiance, mais sans le sentiment de profonde tristesse et d'incapacité qui existe dans les mélancolies véritables.

Au premier degré, il n'y a que des inter=prétations de tous les faits qui se passent autour d'eux ; détails donnés à cet égard. Ils découvrent des preuves dans les niaiseries de la vie habituelle : ne savent pas les motifs qu'on peut avoir pour leur en vouloir. Ils cherchent leurs preuves dans des choses insi=

=gnifiantes et non dans les grandes passions na=
=turelles à l'homme.

A cette première période le malade hésite entre plusieurs directions à donner à ses idées.

C'est à la seconde période que l'on peut établir des variétés en rapport avec l'objet du délire.

Alors il y a des hallucinations de l'ouïe: successivement, il arrive dans les paroxysmes au passage à l'acte; ils sont alors très-dangereux.

Donc, il y a trois périodes: dans la troisième hallucinations de la sensibilité générale.

Le délire est souvent très-lent dans son évolution; il se fait un travail latent, souterrain; personne ne s'en doute; on ne s'en aperçoit que lorsque le délire fait explosion par quelque acte violent ou de nature à attirer l'attention par sa bizarrerie.

Ils gardent souvent leur délire intérieurement et ne le manifestent que pendant les paroxysmes. Alors même qu'ils le manifestent, ils l'entourent de tant de preuves que le public ne peut les juger ce qu'ils sont.

Le délire fait souvent explosion dans les

paroxysmes par des actes dangereux, nuisibles ou bizarres ; ils insultent, frappent, changent de logement, vont se plaindre aux autorités, écrivent beaucoup de lettres, etc.

Constamment préoccupés de leurs idées, ils sont incapables de se livrer à une occupation suivie ; distraits, inattentifs, absorbés.

Il se fait ainsi un travail lent et successif d'additions et de systématisation dont l'étude est très intéressante et qui aboutit en définitive à la chronicité, qui est le même chez tous les malades et qui est susceptible d'une description typique, malgré les diversités in=dividuelles secondaires.

Ces malades fuient le monde qui les blesse, cherchent la solitude etc. Différences de leurs manifestations dans le monde et dans les asiles.

20 Décembre 1868.

Le délire de persécution est une des formes les plus fréquentes des maladies mentales et une de celles qui entraînent le plus souvent, de la part des malades, des actes violents. Il arrive trop fréquemment, en effet, que des aliénés se croyant tourmentés, poursuivis, par des ennemis imaginaires, après avoir longtemps subi ces tortures de toutes sortes et s'être violemment irrités contre ceux auxquels ils les attribuaient, ont fini par se livrer à des actes dangereux soit pour eux-mêmes, soit pour ceux qu'ils accusaient de leur faire du mal. Mais pour pouvoir déterminer avec quelque exactitude le degré de danger que présentent ces malades, il faut tenir compte de plusieurs circonstances importantes.

La première de ces circonstances, c'est le caractère antérieur de l'individu malade. La maladie imprime sans doute à tous les aliénés de cette catégorie des caractères typiques singulièrement identiques, qui constituent ce que l'on peut appeler la marque même de l'état morbide; mais, à côté de ces caractères communs à tous les délires de persécution, il y a

quelques caractères différentiels. Parmi eux, figure au premier rang <u>le caractère antérieur de l'individu malade</u> qui conserve, même au sein de la maladie, sa nature spéciale, et qui garde une part d'influence assez grande, surtout au point de vue des actes accomplis par les malades. Ainsi, par ex: un individu qui, avant de devenir aliéné persécuté, avait un caractère ardent, impétueux, prompt à l'action, disposé à l'irritation et à la colère, prenant feu facilement et passant rapidement à l'acte, conservera, même malade, ces dispositions natives qui réagiront puissamment sur sa conduite et détermineront chez lui plus facilement des actes violents que chez un individu d'un naturel doux, patient et habitué à tout supporter sans se plaindre. Quand on veut juger du danger que peut offrir un aliéné atteint de délire de persécution, il faut donc commencer par se rendre bien compte du caractère particulier de l'individu avant sa maladie.

Le second caractère important à noter, c'est <u>la personnification du délire</u>. Il y a des

persécutés qui passent des années entières dans un état de délire vague et indéterminé. Ils se sentent tourmentés de mille manières; ils éprouvent les sensations anormales les plus douloureuses; ils se croient en butte à des tourments de tous genres, mais ils ne peuvent arriver à formuler aucune accusation précise contre personne. Ils se croient la victime de tout leur entourage, accusent la plupart du temps le personnage anonyme <u>On</u>, mais ne peuvent arriver à préciser avec exactitude ni les motifs de ces tortures, ni les moyens employés pour les exercer, ni surtout la personne qui les leur inflige. Ces persécutés peuvent bien changer souvent de domicile, écrire aux autorités pour se plaindre des tortures auxquelles on les soumet, pour réclamer aide et protection; ils peuvent même s'en prendre accidentellement au premier venu qu'ils rencontrent et le rendre responsable de tout le mal qui leur arrive; mais le plus souvent ils se contentent de se plaindre, en thèse générale, d'être victimes d'ennemis acharnés à les perdre, et ne peuvent jamais arriver à formuler aucune accusation précise contre telle ou telle personne en particulier. Eh bien, ces

persécutés, et ils sont nombreux, qui même après plusieurs années de maladie ne peuvent pas arriver à personnifier leur délire, à lui donner un corps et une forme parfaitement déterminée, sont beaucoup moins dangereux, sous tous les rapports, que ceux qui sont précisément dans des dispositions inverses. Il est, en effet, un assez grand nombre d'aliénés persécutés, qui, partis du même point de départ que les précédents, arrivent bien plus rapidement qu'eux à donner une forme précise à leur délire. Leur esprit, en quête d'explications pour les douleurs morales et physiques si variées qu'ils éprouvent, finit par découvrir une sorte de coordination au milieu de ces craintes vagues et indéterminées. Ils systématisent leur délire; ils les formulent et arrivent à préciser avec assez d'exactitude les causes de leurs souffrances ou les personnes qui les leur infligent. Il arrive même quelquefois qu'un seul individu est accusé par eux d'être la cause unique de leurs souffrances, et le véritable agent de leurs tortures physiques et morales. Eh bien, lorsque l'aliéné se croit ainsi

poursuivi par une seule personne, il se met le plus souvent à la poursuivre à son tour, de persécuté il devient persécuteur et dès lors on peut concevoir les plus grandes craintes pour cette personne sur laquelle s'est concentré tout son délire et toutes ses préoccupations.

-

4 Février 1873.

Notes sur le délire de persécution.

Je disais ce matin à Legrand-du-Saulle qu'il avait omis dans son livre sur le délire de persécution plusieurs chapitres importants :

1° Le délire de persécution à deux commencements différents, qui constituent, à son origine, comme une bifurcation, ou comme deux affluents, aboutissant au même fleuve. Les uns sont les prédisposés qui manifestent des dispositions défiantes et soupçonneuses, dès leur bas âge, dès le collège. Leurs camarades ont constaté ces dispositions susceptibles et défiantes pendant toute leur jeunesse avant qu'ils commencent à entrer dans la phase d'incubation véritable de l'interprétation délirante

qui constitue la première période du délire de persécution confirmé ou déclaré à l'état de maladie définie.

Les autres, au contraire, comme l'a très-bien indiqué Mr. Morel, commencent par l'hypochondrie qui dure souvent plusieurs années avant d'aboutir à l'interprétation délirante des sensations internes qui amènent par la crainte de l'empoisonnement aux idées de persécution plus généralisées.

Dans cette variété de début par l'hypochondrie les sensations internes ou les hallucinations de la sensibilité générale précèdent la période d'interpré=tation délirante, au lieu de suivre celle de l'hallu=cination de l'ouïe. Ce sont des cas qui méritent d'être mieux étudiés et d'être distingués par des caractères pratiques de ceux d'hypochondrie simple qui ne se transforment jamais en délire de persécution. Il y a donc là deux descriptions distinctes à faire pour la période de début du délire de persécution.

2°. Un second chapitre oublié dans le livre de Legrand-du-Saulle est celui des hallucinations tactiles ou de la sensibilité générale, auxquelles il convient d'ajouter, comme annexe très-important,

surtout chez la femme, un sous chapitre sur les hallucinations génitales incubes et succubes de la démonomanie du moyen âge qui n'était que le délire de persécution ayant le diable pour objet, au lieu de la police, du magnétisme ou de la physique.)

Les malades qu'on leur lance des souffles, des odeurs, des substances corrosives dans la bouche, qu'on les frappe, qu'on les pince, qu'on les contusionne la nuit par derrière ou à distance, à travers les plafonds, qu'on les torture de toutes les manières, qu'on leur fait éprouver les sensations les plus douloureuses dans toutes les parties du corps par les procédés les plus mystérieux et les plus barbares, etc, etc. Dans la voie génitale les femmes éprouvent, en outre, toutes les sensations les plus variées de l'acte génital complet ou incomplet, croient avoir un homme couché à côté d'elles ou éprouver les douleurs de l'enfantement etc etc.

Dans ces cas, chroniques, il y a à la fois sensations fausses, hallucinations internes, ou bien simple interprétation délirante de sensations vraies, sensations nerveuses variées dans diverses parties du corps, ou douleurs dues à des maladies réelles, à des hémorrhoïdes, à des cancers, à

de lésions organiques, comme cela se voit si souvent chez les femmes aliénées de la Salpêtrière.

Tous ces phénomènes n'existent ordinairement qu'à une période avancée du délire de persécution et sont, comme la dent du cheval, la marque du délire de persécution chronique. Elles se produisent presque toujours tardivement longtemps après l'hallucination de l'ouïe et constituent la 3e période.

3o. Un autre phénomène important oublié ou simplement indiqué dans le livre de Legrand-du-Saulle qui caractérise aussi la 3e période du délire de persécution, c'est la transformation de l'hallucination de l'ouïe simple en hallucination dédoublée. Dans la première période, en effet, qui dure souvent très-longtemps, l'hallucination de l'ouïe est simple; elle consiste uniquement dans quelques mots isolés, très-peu nombreux et toujours les mêmes que les malades entendent répéter fréquemment autour d'eux et qui représentent des injures ou des accusations: lâche, lâche, voleur, voleur, cochon, cochon, putin, putin, etc, etc. les hallucinations semblent venir nettement du dehors sans rapport aucun avec la personnalité

du malade qui les attribue souvent aux personnes présentes et d'autres fois à des personnages situés à distance, dans la rue ou derrière les cloisons ou les plafonds et qu'ils ne voient pas.

Mais dans la 3e. période du délire de persécution, la personnalité de l'aliéné se dédouble, il lui semble alors qu'on lit dans sa pensée, qu'on lui vole ses pensées, qu'on les répercute au dehors, qu'elles sont reproduites dans les journaux, qu'il ne peut plus avoir une seule pensée à lui, qu'il ne s'appartient plus, qu'il n'est plus maître de sa pensée. C'est alors que se produit le phénomène de l'écho, de la répercussion de la pensée au dehors, du dédoublement de la personnalité, du dialogue, de la demande et de la réponse, de la conversation mentale entre le bon et le mauvais ange, Dieu et le diable, les voix bonnes et mauvaises conseillères, le bon et le mauvais génie, les personnes qui défendent le malade et celles qui l'attaquent, etc, etc.

Mr. Baillarger a bien étudié ces divers phénomènes hallucinatoires, mais il les a étudiés dans la folie en général, au lieu de les rattacher à leur véritable origine, c'est-à-dire à la 3e. période du délire de persécution.

4°. Un autre chapitre très-important dans l'étude du délire de persécution au point de vue de la médecine légale et de la séquestration, c'est le chapitre de la dissimulation du délire. Il y a, en effet, des persécutés qui non-seulement avouent leur délire à tous ceux qui veulent les entendre, mais qui le proclament à tous les échos d'alentour, se plaignent aux autorités, écrivent, font des démarches, réclament aide et protection, se vantent et sont martyrs publics et convaincus de leurs convictions délirantes ; il en est d'autres qui sont cachés, dissimulés et qui non-seulement cachent leurs idées, mais les nient et déclarent qu'ils n'ont jamais dit ce qu'on leur prête, que c'est là une infâme calomnie, qu'on veut les faire passer pour fous etc. Eh bien, cette disposition à la dissimulation tient tantôt au caractère natif de l'individu, tantôt à la période de la maladie. Il y a des individus naturellement cachés et dissi:mulés qui n'aiment pas à divulguer leurs idées intimes et à laisser pénétrer dans leur for intérieur, qui n'aiment pas à faire des confidences et surtout

de confessions complètes, dont le langage est plein de réticences et de restrictions; mais cela tient surtout à la période de la maladie, période de début ou période de rémission. Les malades dans les premières années du délire alors qu'ils ont encore honte ou conscience de l'étrangeté de leurs idées, craignent de passer pour fous, ou bien ont une demi-conscience de la nature bizarre de leurs idées et n'osent pas les avouer, tandis que plus tard, ils sont tellement convaincus qu'ils ne craignent plus d'affronter la contradiction et seraient martyrs de leurs convictions délirantes. Dans d'autres circonstances, la dissimulation revient d'une manière intermittente, dans les périodes de rémission et disparaît dans les paroxysmes. C'est là le cas le plus habituel, car le délire de persécution est essentiellement paroxystique; seulement, les paroxysmes peuvent être rapprochés, ou très-éloignés. Dans certains cas où les paroxysmes sont éloignés, la dissimulation dure longtemps, 5 ou 6 mois par exemple, et pendant ce temps il est difficile de convaincre les magistrats, et les malades sortent comme guéris des asiles parcequ'ils dissimulent. Tandis que même pendant ces périodes, un observateur

attentif pourrait constater la persistance de la maladie dans des monologues solitaires que tient le malade quand il se croit seul et non observé.

5°. Un dernier chapitre à ajouter à la description du délire de persécution, c'est celui de son association avec le délire de grandeur à sa dernière période, idée d'abord énoncée par Mr. Morel, et depuis lors, très-bien développée par Mr. Foville dans son mémoire. C'est la 4e. et dernière période du délire de persécution qui mérite une description particulière. Il est possible que ce délire partiel chronique avec idées prédo=minantes de grandeur se développe dans d'autres conditions, par exemple chez les exaltés maniaques simples ou fous raisonnants orgueilleux par ex: Melle. Rouy (qui se croit l'antéchrist et un grand personnage), mais le plus souvent, il s'associe intimement au délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale et survient souvent 15 ou 20 ans après la première apparition du délire de persécution. Ces malades, se sentant persécutés par tous, l'objet d'une

conspiration générale, arrivent peu à peu à se convaincre qu'ils sont des gens très-importants pour qu'on les persécute ainsi et qu'on dépense tant de temps et d'argent et d'hommes pour les tourmenter, et après une très-longue incubation de plusieurs années de cet orgueil à l'état vague, tout à coup, quelquefois en peu de jours, ou même en un instant, surgit dans leur esprit une pensée ou bien un souvenir qu'ils découvrent dans leur passé et ils se disent alors d'une origine princière. Ils découvrent qu'ils ont été changés en nourrice, qu'ils sont descendants de rois ou de grands seigneurs, princes ou princesses, Louis XVII ou Napoléon, fils ou filles de rois, qu'ils vont épouser des princes ou des princesses, etc, etc.

Le délire orgueilleux chronique dont on trouve des exemples dans tous les asiles d'aliénés, qui est très-distinct du délire des grandeurs des paralytiques et qui a reçu le nom spécial de mégalomanie, au lieu de constituer une variété distincte de délire partiel chronique, doit être rattaché au délire de persécution avec lequel il est presque toujours associé et dont il constitue la 4.e et dernière période.

16.e Leçon.

Aliénation partielle expansive.
Délire partiel chronique.
Variétés de la démence.

Aliénation expansive ou Monomanie.

On comprend sous le nom de Monomanie des états d'exaltation dont le caractère consiste dans une disposition expansive de la sensibilité, avec estime de soi exagérée et dans des conceptions délirantes fixes ou irrégulières qui en résultent.

C'est l'exstasis paranoica d'Heinroth l'Aberwitz (ou Schwärmerei de Jessen. Jacobi comprend également sous le nom de Wahnsinn des mélancolies avec prédominances.

Pour les français, c'est la monomanie d'ambition ou d'orgueil, d'après Rush, l'Aménomanie. Beaucoup de ces cas se terminent par la paralysie et la démence, mais il serait tout à fait erroné de croire que cet état

est toujours la première période de la paralysie générale : il peut guérir sans manifestations paralytiques et le délire des paralytiques a toujours quelque chose de spécial, c'est-à-dire un caractère de faiblesse qui s'y mélange dès le début.

Nous renvoyons à ce que nous avons déjà dit des états d'exaltation en général et nous pourrons ainsi être plus brefs.

Anomalies du sentiment de la personnalité des penchants et de la volonté. Tous ces phénomènes se groupent autour d'un centre, l'estime exagérée que le malade a de lui-même : ce sentiment est motivé psychiquement. Tandis qui l'aptitude à vouloir, qui était affaiblie et comprimée pendant le stade mélancolique, est non-seulement revenue mais augmentée (et se manifeste extérieurement par une activité exagérée) ; tandis qu'avec cette plus grande impulsion à agir, il y a une plus grande facilité de pensée, une abondance sans fatigue dans la formation des idées dont le malade a conscience, il y a en même temps une disposition très-grande au contentement de soi-même.

Le malade se réjouit d'éprouver un sentiment de bien-être, physique et moral ; il se sent plus riche et

plus libre ; tout effort lui est devenu facile, non-seulement il se croit tout à fait bien portant et éloigne de lui tout soupçon de maladie, mais il déclare qu'il ne s'est jamais aussi bien porté, ni jamais trouvé si heureux. Cette exaltation du moi se manifeste par une gaieté et une rêverie de bonheur.

Plan de la 16.e Leçon.

Fin de l'aliénation partielle expansive, aliénation chronique et démence.

L'aliénation expansive est divisée d'après les idées prédominantes en délire religieux, érotique, ambitieux et de persécution.

J'ai parlé dans la dernière séance du délire religieux et j'ai signalé son association fréquente avec le délire érotique et de nombreux phénomènes nerveux, dans les épidémies du moyen-age ; j'ai signalé sa forme extatique avec visions et sa forme usuelle qui consiste à se croire en communication

avec le monde surnaturel et chargé d'une réforme religieuse ou chargé de prêcher une nouvelle religion. Dans cette forme le délire religieux se trouve associé au délire d'orgueil, comme d'autres fois, il l'est avec le délire érotique. C'est toujours là l'association des délires prédominants sur un fond uniforme, au lieu de la monomanie distincte en rapport avec une des passions dominantes dans l'humanité, telles que l'ambition, l'amour, la religion ou la crainte. C'est là la loi qui gouverne toute l'étude de l'aliénation partielle.

Délire érotique. Beaucoup plus rare qu'on ne le croirait à priori en raisonnant d'après l'état normal. Il est physique ou moral. Allié à l'état maniaque, il constitue la nymphomanie ou le délire satyriasique chez l'homme. Dans l'aliénation partielle, il se présente ou comme incident dans les paroxysmes et ajouté à d'autres délires prédominants ou lui-même prédomine sous la forme d'amour physique ou idéal.

On a décrit des aliénés de théâtre (Ophélia de Shakespeare) et non des faits cliniques. Le sentiment de l'amour agit comme cause puissante de maladie mentale et se manifeste dans l'incubation, mais à l'invasion de la maladie, il y a souvent transformation et ce phénomène devient accessoire ou bien disparaît.

1er Février 1867.

17e Leçon.

Plan de la leçon sur les folies chroniques et la démence.

Rappeler brièvement les leçons précédentes et dire que l'on arrive aux formes terminatives de la folie.

Que doit-on entendre par la démence ? c'est un mot très-vague, une sorte de caput mortuum où l'on classe tout ce qui ne peut pas être classé ailleurs.

Si l'on s'en tenait à la définition de Pinel et d'Esquirol, on devrait y voir l'oblitération complète de la pensée ; mais ces cas alors seraient très-rares. On cherche en vain dans les asiles les types de nullité intellectuelle, ou d'incohérence complète. D'un autre côté, beaucoup de médecins d'asiles appellent aujourd'hui déments tous les aliénés chroniques. Il faut prendre un juste milieu.

On doit faire trois classes parmi les déments :

1°. Les folies passées à l'état chronique qui se subdivisent elles-mêmes, comme le dit Griesinger, en folies systématisées, démence agitée et démence apathique.

2°. Les démences consécutives aux lésions organiques du cerveau. (Prendre pour type la démence apoplectique).

3°. La démence paralytique dont il sera question à l'occasion de la paralysie générale.

I. Folie chronique à délire systématisé.

En faire la description, d'après Griesinger, en prenant pour points de ~~départ~~ repères :

1°. la disparition du fond primitif et l'absence de signes physiques.

2°. le délire stéréotypé.

3°. le langage (vocabulaire).

4°. les actes (actes automatiques des aliénés chroniques).

5°. hallucinations ; phénomène de l'écho. Décrire ce délire en suivant les divisions adoptées par Griesinger.

Parler ensuite brièvement de la démence agitée et apathique.

2°. Démence des affections cérébrales.

Prendre pour type la démence apoplectique et ses quatre degrés. Diagnostic différentiel avec la démence paralytique.

Terminer en renvoyant à la prochaine leçon la description de la démence paralytique.

4 Février 1865.

Réflexions générales sur le délire des aliénés chroniques comparé à celui des aliénés aigus.

La Née Guillaume que j'ai vue aujourd'hui à la Salpêtrière peut être citée comme un exemple type du langage stéréotypé des aliénés chroniques. Il suffit de l'entendre parler pendant deux minutes pour saisir dans son langage quelques expressions étranges qui choquent par leur bizarrerie, dont on ne peut comprendre immédiatement le sens et qui suffisent à eux seuls pour donner la marque et la preuve certaine de la durée déjà très longue de la maladie. Elle parle de renaissance, de réminiscence,

de <u>détermination</u>, de <u>révélations</u>, de <u>masques</u>, de <u>radiuscetés</u>, etc, etc. C'est tout un vocabulaire spécial qui étonne à première vue et qu'il faut apprendre peu à peu dans une longue conversation avec la malade avant d'arriver à comprendre qu'il y a un sens caché sous ces expressions en apparence incohérentes. En n'entendant que quelques phrases détachées de cette malade, on pourrait la croire d'une faiblesse intellectuelle radicale et dans un état de trouble complet de l'intelligence, de véritable démence aussi prononcée que possible. C'est en effet de la démence si l'on prend ce mot dans l'acception la plus généralement admise par les médecins aliénistes de notre époque, mais combien cela diffère de la démence des affections cérébrales telles que Pinel et Esquirol l'ont définie en disant que c'était une oblitération complètes des facultés intellectuelles et affectives. Ici, au contraire, nous trouvons la plupart des caractères les plus essentiels des aliénations partielles : la malade se présente à nous dans son maintien, dans ses actes et dans sa manière de nous adresser la parole, avec les apparences extérieures d'une personne raisonnable si on se borne à lui parler des choses étrangères à son délire et des choses de la vie

habituelle, elle causera comme une personne qui ne serait pas renfermée dans un asile; ce n'est donc là ni le trouble général de la manie, ni la nullité intellectuelle de la démence. Il y a encore de l'activité dans cette intelligence et elle n'a pas subi une désorganisation complète. Ce n'est pas là le type de la folie complète, calme ou agitée, comme se la figurent les personnes qui n'ont pas vu d'aliénés et qui ne les connaissent que d'après les tableaux de fantaisie des romans ou des pièces de théâtre. Dans l'état actuel de notre classification, on est donc obligé de la classer parmi les aliénations partielles, mais combien cependant elle diffère des autres aliénés partiels mélancoliques monomaniaques tels qu'on les observe dans dans les premières périodes des maladies mentales. Que l'on prenne par exemple un mélancolique au début : il est triste d'une manière générale; il se sent triste; il a le dégoût de la vie; il ne sait d'où lui vient cette tristesse qu'il ne sent pas motivée et qui s'impose à lui malgré lui; il a conscience de son état et craint de devenir aliéné; il recherche dans son passé ou

dans son présent des causes de tristesse; il passe d'une série d'idées à une autre; il cherche des explications de son malheur, de ses dispositions tristes, en lui-même ou dans les autres. Il se reproche des faits passés, il s'accuse, il se croit coupable, se croit condamné à jamais, à l'enfer ou à l'échafaud; il attend qu'on vienne le chercher pour le supplice, ou bien il accuse les autres, se croit victime, persécuté, et interprète contre lui les faits les plus insignifiants qui l'entourent; tout devient aliment pour son délire et il s'attache de préférence aux petites choses, aux petits faits, aux niaiseries, comme dit Mr. Lasègue qui deviennent les éléments principaux de son délire. Il flotte ainsi incertain entre plusieurs séries de conceptions délirantes qu'il choisit et délaisse tour à tour. Rien n'est curieux comme d'assister à ce travail d'enfantement du délire, à ce combat intérieur, à cette lutte, qui se passe le plus souvent dans le for intérieur et dont le malade ne fait pas montre au dehors, qu'il conserve pour lui-même parcequ'il en a honte et que tout en commençant à croire à la réalité des idées qui le tourmentent, il sent encore très-bien qu'il aurait peine à faire passer sa conviction dans l'esprit des autres.

C'est là la période d'élaboration ou d'incubation du délire. Peu à peu, et souvent très-lentement, le délire se formule de plus en plus, s'incarne dans un certain nombre d'idées, sans arriver jamais à l'unité, se systématise peu à peu. Le malade fait son thème, son roman, discute les objections, y répond, se démontre à lui-même de plus en plus la vérité de ses convictions, trouve tous les jours de nouvelles preuves et de nouvelles confirmations dans les faits qui se passent autour de lui, dans les interprétations qu'il leur donne et dans les idées nouvelles que sa mémoire ou son imagination lui fournit et qui viennent s'ajouter au tableau de son délire pour le compléter et mieux en arrêter les contours. Ce travail de systématisation est souvent très-long et dure quelquefois plusieurs années. Certains malades restent même très-longtemps hésitants, sans jamais arriver à préciser exactement les causes ou les explications des phénomènes qu'ils ressentent et se bornent à les rapporter isolément d'une manière vague sans les rattacher à aucune systématisation

délirante nettement déterminée. La plupart cependant aboutissent à une formule quelconque plus ou moins nettement déterminée parceque c'est là un besoin impérieux de l'esprit humain, auquel il lui est bien difficile de ne pas céder.

C'est là la période de systématisation du délire. Pendant toute cette période, quoique le noyau central du délire soit formé et que le malade cherche à rattacher tout ce qu'il éprouve à une cause unique, le diable, la police, des ennemis visibles ou invisibles, la physique, l'électricité, la magie, le magnétisme ou toute autre cause mystérieuse, cependant, il ajoute encore tous les jours de nouveaux compléments à son délire qui tout en se centra:=lisant de plus en plus et en tendant ainsi vers l'unité, devient en même temps de plus en plus complexe, double travail de l'esprit qui en rapprochant de plus en plus le délire de la monomanie par la concentration vers un centre qui semble unique, l'en éloigne d'un autre côté en ajoutant tous les jours de nouveaux éléments disparates et distincts à ce délire composé de données de plus en plus nombreuses et complexes. Enfin, il arrive une dernière période où ce travail de création et de

systématisation du délire est totalement terminé. L'esprit de l'aliéné cesse d'être actif et créateur : il entre dans une phase de décadence et de décrépitude ; le délire arrive à la vieillesse et l'aliéné vit entièrement sur son passé, sans aucune addition nouvelle, sans aucune création même accessoire ou secondaire. Le délire est alors stéréotypé et le malade le répète à tout venant sans modification aucune, ni dans le fond, ni dans la forme. On pourrait sténographier ses paroles et on les retrouverait les mêmes plusieurs années après, une fois que le délire est arrivé à cette période ultime où il n'est plus guère susceptible de modification. C'est là la période de chronicité avancée, mais on ne peut pas dire cependant que ce soit toujours une période de démence, car les malades conservent encore beaucoup d'activité dans l'esprit, et cela souvent pendant une vingtaine d'années, on les retrouve 20 ans après presque dans la même situation, sans qu'ils aient beaucoup marché vers la démence. Ce qui caractérise surtout cette période, c'est la monotonie des paroles et des actes : les malades disent identiquement les

mêmes choses, dans les mêmes termes, avec les mêmes expressions, avec les mêmes intonations de voix, les mêmes gestes, la même expression de figure et ils se livrent aux mêmes actes automatiques et sans cesse répétés; ils ont des tics, des habitudes, des manières d'agir qui les font reconnaître de loin dans les asiles où on les voit toujours accomplir les mêmes actes, de même que dans leurs discours, ils emploient les mêmes mots et se servent d'un même vocabulaire qui leur est propre. Il suffit de les entendre parler un instant pour affirmer de suite qu'ils sont arrivés à cette période de chronicité avancée et pour faire dire que le délire est très-ancien. On peut de suite affirmer l'ancienneté du délire d'après le langage des malades, comme on peut juger l'âge d'un cheval d'après ses dents. C'est un signe aussi certain; mais à un certain âge également le malade ne marque plus, c'est-à-dire qu'il est impossible souvent de dire si un délire à 10 ans ou 20 ans de durée.

Un autre caractère important de cette période de chronicité, c'est la disparition du fond maladif primitif, soit de tristesse, soit de gaieté et des phénomènes physiques des premières périodes: le malade arrive à

une période où le fond est uniforme et sans caractère spécial et où les conceptions délirantes seules surnagent sur un fond en repos et immobile, sur une mer calme.

25 Mars 1865.

Résumé de la clinique.

Trois sujets principaux ont été traités: aliénation chronique, formes intermittentes et circulaires et paralysie générale.

1° Aliénation partielle chronique.

Différences importantes entre la démence et les formes chroniques. Ce qu'est la démence des affections cérébrales: oblitération des facultés; plutôt absence d'idées que désordre. Cet état de nullité n'existe presque jamais dans les formes chroniques de la folie, datant de longues années. Ce qui existe plutôt, c'est la loquacité incohérente; flux de paroles sans pensées, mais cet extrême lui-même est très-rare.

Le plus souvent, on retrouve dans les formes les plus chroniques des conceptions prédominantes

et un délire encore suffisamment limité pour que le malade représente un délire partiel et non un délire général. Le malade est encore susceptible de parler raisonnablement sur une foule de sujets étrangers à son délire et conserve les apparences de la raison. Il y a sans doute des degrés dans la faiblesse et l'on peut ainsi trouver de nombreux échelons de chronicité; mais malgré la débilité et l'incohérence de plus en plus grande, à mesure que l'on avance vers la démence, il reste toujours beaucoup de délire partiel dans ce délire général, même dans les cas désignés vaguement sous le nom de manie chronique.

Le délire partiel chronique se caractérise surtout par les faits suivants:

1°. Le fond primitif de tristesse ou d'expansion des premières périodes a en grande partie disparu et quoiqu'il reste encore tantôt une teinte générale de gaieté ou tristesse, selon les cas, ce n'est pas assez marqué pour que l'on puisse avec juste raison classer ces malades parmi les tristimanes ou les aménomanes. Le fond est représenté ici par la faiblesse et l'incohérence plutôt que par la tristesse ou la gaieté.

2°. Ces malades ont un délire plus étendu et moins bien justifié et coordonné que dans les 1ères périodes; il y a plus de lacunes et d'inconsistance, bien loin cependant d'en avoir autant que dans les premières périodes de la paralysie générale.

3°. Le délire est arrêté dans tous ses contours: il n'est plus en voie de formation, il est tout formé: il est non-seulement systématisé mais stéréotypé. Faire ici rapidement le tableau des trois phases du développement des idées fixes dans l'aliénation partielle: 1°. Etat vague d'incu=bation ou d'élaboration. 2°. Période plus nette de systématisation progressive. 3°. Période définitive et stationnaire du délire stéréotypé. Cette dernière période peut être très-longue et de 10 ans en 10 ans, on trouve peu de différences dans l'état mental d'un même aliéné, une fois qu'il est arrivé à la dernière période; et cependant, il n'arrive que très-lentement à la démence vraie.

4°. Le délire partiel chronique se caractérise encore par les paroles et par les actes. 1°. Langage. Le langage est spécial et a pour caractère principal

de constituer un véritable vocabulaire qui a besoin d'une explication préalable, le malade est si habitué à s'en servir qu'il n'a même plus le sens de l'impression produite sur le nouvel auditeur et n'éprouve pas le besoin de donner l'explication d'un mot ou d'une locution qu'il lance au milieu du discours comme la chose la plus simple du monde. Le fait est très-important à connaître pour le pronostic, parcequ'il n'est pas un seul aliéné chronique qui ne le présente et que par conséquent entendre prononcer un mot semblable par un aliéné, c'est avoir la marque certaine de la chronicité de sa maladie. 2°. Actes. Les actes sont aussi caractérisés que les discours; les malades chroniques ont des tics, des poses, des costumes, des attitudes, des manières de parler ou de marcher qui sont toujours les mêmes chez chaque malade pendant des années; ils parlent seuls; ils se tiennent assis de la même façon; marchent en cercle, à reculons ou de long en large; en un mot leur manière d'agir est chez chaque malade aussi stéréotypé que leur langage.

5°. Il y a très-souvent dans ces formes chroniques des hallucinations de plusieurs et même de tous les sens.

Tandis que dans les premières périodes l'hallucination est souvent un incident de la maladie, qui signale un paroxysme et ne se produit qu'accidentellement pendant le jour ou pendant la nuit, sous une forme de vision isolée, ou de voix prononçant une phrase courte ou répétant le même mot, à in=tervalles plus ou moins éloignés, dans les formes chroniques les hallucinations perdent souvent de leur extrême vivacité, mais elles acquièrent plus de fréquence et prennent des caractères particuliers. L'hallucination de l'ouïe, au lieu d'être un mot ou une phrase isolée, tourne au dialogue: le malade entend des personnes qui causent entr'elles, ou bien il entend des phrases qu'on lui adresse et il y répond; il entreprend des conversations avec des personnes imaginaires et alors se produit souvent le phénomène singulier de l'Echo. Ce phénomène présente trois degrés qui tiennent à la séparation plus ou moins grande qui existe entre le phénomène anormal et la personnalité du malade. Dans le premier cas, le malade sent la distinction très-nette entre la voix et lui; il.

y a dédoublement de la personnalité : il entend des voix et il y répond comme à une personne étrangère située au dehors. Peu à peu ses propres pensées se transforment en sensations et se font son ; il lui semble alors qu'il n'est plus maître de lui-même, qu'il n'a plus le droit de garder pour lui-même ce qui se passe dans son for intérieur : on lui vole ses pensées ; il est dominé, possédé par le diable, la physique, l'électricité, la police, les ennemis imaginaires qui connaissent toutes ses pensées, les lui volent, lui en imposent d'autres, le font penser, le forcent à parler, lui soutirent ses idées, l'empêchent d'en avoir, activent ou ralentissent le mouvement de sa pensée, et peu à peu on leur répercute au dehors leur propre pensée sous forme de sons ; ils ne peuvent plus conserver une seule de leurs idées ; elles leur sont enlevées au moment où elles naissent, répandues au dehors, reproduites dans les journaux, et on les leur renvoie sous forme de sons par des porte-voix, ou bien on y répond immédiatement aussitôt qu'elles sont conçues ; il en résulte un échange continuel de pensées et de paroles entre le malade et les voix qui répondent à sa pensée : "ils connaissent bien ma pensée, disent ces

malades, puisqu'ils y répondent immédiatement, soit pour me blâmer, soit pour me donner des conseils et m'encourager." Il y a ainsi des malades qui ont plusieurs voix conseillères répondant à leurs pensées, l'une conseillant le bien et l'autre le mal, deux voix qui ont leur pendant dans la voix de Dieu et la voix du diable qui se combattent dans la pensée de certains auteurs mystiques, également en proie à ce colloque intérieur.

Le 3e degré de la séparation entre le phénomène et le moi est celui où le dialogue cesse, où les deux personnalités cessent d'être distinctes, où toutes les pensées se font son, où les malades entendent leurs propres pensées leur revenir du dehors avant même qu'ils n'aient eu conscience de la naissance de la pensée elle-même. "Ils me prennent toutes mes pensées avant même que je ne les aie conçues et ils me disent des choses que je ne connaissais nullement, que je n'ai jamais apprises, que j'ignore complètement et auxquelles je n'aurais jamais songé." La pensée naît alors chez ces hallucinés chroniques sous forme de son

venant du dehors et le malade n'a plus aucune conscience de la part active qu'il prend dans la production de sa propre pensée qui lui paraît tout à fait étrangère et semble venir du dehors. C'est là le dernier degré de séparation entre le phénomène et le moi. Il y a rupture complète et il n'y a plus dédoublement de la personnalité. On peut donc jusqu'à un certain degré point juger de la chronicité de la maladie d'après les caractères spéciaux de l'hallucination de l'ouïe. Il en est de même de son mode d'association avec les autres hallucinations.

Hallucinations de la sensibilité générale.

Après les hallucinations de l'ouïe viennent comme degré de fréquence les hallucinations de la sensibilité générale. Ces hallucinations sont fréquentes dans les premières périodes des formes hypochondriaques de la mélancolie, mais alors se produisent sous une forme spéciale qui peut être considérée comme des sensations internes plutôt qu'externes et comme des sensations vraies plutôt que comme des hallucinations véritables. Les hypochondriaques éprouvent dans toutes les parties du corps les sensations maladives les plus variées que chaque malade cherche à exprimer par

un vocabulaire spécial, mais qui se ressemblent en somme beaucoup chez les divers malades. Lorsque ces mêmes malades deviennent aliénés, l'interprétation de ces sensations devient réellement délirante et au lieu de s'en plaindre comme d'une maladie, ils l'attribuent à des causes imaginaires, à des poisons, à des ennemis, au diable, à des serpents, ou à des influences malfaisantes exercées sur eux du dehors; les sensations vraies deviennent ainsi la base sur laquelle s'appuient les conceptions délirantes de l'esprit malade, mais ce n'est encore là qu'une période d'interprétation de sensations vraies. C'est là une première période dans le délire de persécution et cette période précède celle des hallucinations de l'ouïe et coïncide avec la période d'interprétations délirantes relatives aux objets du monde extérieur. Le malade interprète faussement, à l'aide de son délire, les sensations internes qu'il éprouve comme il interprète faussement les faits dont il est témoin. Mais dans l'aliénation chronique, c'est-à-dire dans la période qui succède aux hallucinations de l'ouïe, les sensations que les

malades racontent sont d'une autre nature : ce ne sont plus de simples interprétations délirantes, ce sont réellement des hallucinations de la sensibilité générale qui marchent souvent de front avec les hallucinations de l'odorat et du goût. Les malades se sentent victimes de toutes sortes de tortures ; ils sentent réellement les douleurs les plus variées : on les pince ; on les frappe ; on leur déchire diverses parties du corps ; ils sont victimes de tous les genres de douleurs ; on leur lance des décharges ; on leur souffle des odeurs, du froid, du chaud, du soufre, ~~etc~~, etc. Ces sensations variées coïncident souvent avec des hallucinations de l'ouïe et dans le moment où ils éprouvent ces sensations les voix leur annoncent ce qu'ils vont éprouver ou leur parlent à l'occasion de ces douleurs. Une hallucination vient ainsi en aide à l'autre comme pour augmenter le degré de conviction du malade. Les hallucinations de l'odorat et du goût sont souvent liées dans ces folies chroniques, à celles de la sensibilité générale. Les malades se plaignent de ce qu'on leur lance des odeurs désagréables, de ce que l'on met des saveurs métalliques, styptiques ou aigres dans leurs aliments et ces sensations fausses deviennent

souvent le point d'appui d'un délire d'empoisonnement.

Hallucinations de la vue. Elles sont plus rares que les autres dans le délire chronique. L'hallu:=cination de la vue est dans la folie un fait plus spécialement cérébral et moins en rapport avec le mouvement de l'intelligence que l'hallucination de l'ouïe. Elles existent surtout dans les cas aigus, dans les paroxysmes, lorsqu'il y a une grande excitation cérébrale, en un mot dans les délires aigus ou dans les accès ou paroxysmes des délires plus chroniques; mais l'hallucination de la vue est toujours un incident, un épisode dans la vie d'un aliéné et ne se reproduit pas à chaque instant, ne constitue pas son état normal comme l'halluci:=nation de l'ouïe ou de la sensibilité qui devient pour eux une sorte d'état normal. L'hallucination de la vue existe dans les états qui se rapprochent plus ou moins de l'état de sommeil ou de l'état de rêve ou d'extase dans les états où le délire est intérieur et spontané et s'alimente peu par les impressions du dehors, par exemple dans les délires aigus et toxiques, dans les délires religieux, hystériques,

extatiques, dans le délire épileptique, en un mot dans tout ce qui rapproche le plus des maladies cérébrales autres que la folie simple; mais dans les délires à génération intellectuelle, qui se développent par le travail de l'esprit sur lui-même, dans ceux qui représentent l'état de veille et se rapprochent de l'erreur physiologique plus que de la maladie cérébrale automatique, l'hallucination de la vue est très-rare, consiste souvent dans de simples lueurs, des cercles lumineux ou même quelquefois dans de simples renversements de lettres en écrivant ou en lisant, dans une sorte de diplopie. Ce sont alors des perceptions subjectives de la rétine ou du nerf optique plutôt que des hallucinations vraies. Citer à cet égard le malade persécuté chronique de Maréville qui avait des perceptions subjectives de la vue, parcequ'il devenait aveugle, mais qui les appréciait aussi sainement que l'eut fait un homme sain d'esprit, alors que cependant il était victime des hallucinations des autres sens. L'hallucination de la vue a de plus d'autres caractères :

1°. Elle est isolée, constitue une scène spéciale qui a lieu à un moment donné, rarement, et dont le malade précise très-bien la date et le moment précis :

il dit par exemple : j'ai eu telle vision, dans tel moment, dans telles conditions, tandis que les autres hallucinations ont lieu presque constamment et à chaque instant. Les malades qui ont des panoramas continuels sont rares, à moins d'une maladie du sens.

2°. L'hallucination est plus indépendante du mouvement intellectuel. Elle est plus cérébrale et plus automatique. Le malade ne peut l'évoquer à volonté et ne peut la retenir présente à son esprit par la volonté. Elle n'est pas attirée par une autre hallucination et n'arrive pas à point nommé dans un moment où l'on en aurait besoin comme preuve ou point d'appui, comme l'hallucination de la sensibilité générale qui vient à point pour appuyer l'hallucination de l'ouïe ou réciproquement.

3°. L'hallucination de la vue est toujours muette ; les personnages que l'on voit ne parlent pas. Ils indiquent par signes ce qu'ils désirent, mais ne parlent pas. L'hallucination de la vue s'isole ainsi toujours de l'hallucination de l'ouïe.

19 Novembre 1863.

Troubles intellectuels de l'apoplexie.

L'apoplexie donne lieu moins que les autres affections cérébrales à des troubles de l'intelligence.

Beaucoup d'apoplectiques paralysés d'un côté du corps et même de la parole conservent une intelligence à peu près intacte, du moins après la première attaque.

Pour la médecine légale, il convient donc d'examiner directement le malade, parceque le fait de l'apoplexie et même de l'hémiplégie ne suffit pas pour conclure à l'absence de raison et à l'absence de liberté morale. Pour les testaments, il faut avoir après la mort des renseignements très-précis pour pouvoir juger le degré d'affaiblissement des facultés; mais il faut bien se garder de croire qu'apoplexie soit synonyme de démence.

Les attaques de congestions, extrêmement légères, qui ne durent que très-peu de temps, qui au moment même effleurent à peine l'intelligence et les mouvements et dont les traces augmentent peu à peu les jours suivants, sont bien plus graves au point de vue de la ruine de l'intelligence que les attaques très-fortes et suivies de grands accidents

musculaires, d'hémiplégie complète et même d'embarras de la parole. Les petites attaques sont le plus souvent un début de ramollissement cérébral.

Les malades qui au bout de deux ou trois jours ont une hémiplégie franche, sans embarras marqué de la parole, ont moins de chances de trouble intellectuel que ceux qui ont un embarras de parole sans hémiplégie.

Il faut distinguer, au point de vue de l'état de l'intelligence, quatre catégories parmi les apoplectiques:

1°. Ceux qui n'ont pas de trouble intellectuel appréciable, malgré une hémiplégie caractérisée. Ces malades ont sans doute toujours, en général, un peu faibli intellectuellement, et surtout leur caractère est un peu changé et leur volonté affaiblie; ils sont plus faciles à gouverner, à dominer, à effrayer, à capter, quoique plus irritables, mais c'est à un degré si peu prononcé qu'il faut une grande finesse d'observation pour s'en apercevoir et qu'il faut surtout les comparer à ce qu'ils étaient avant l'attaque. Pour juger ces différences, il faut vivre constamment avec eux; elles sont inappréciables pour le public.

2°. Les apoplectiques dont l'intelligence a reçu une atteinte plus forte, deviennent plus sensibles, versent des larmes pour les motifs les plus futiles, s'émeuvent et s'irritent avec facilité, ont moins d'activité intellectuelle, répètent constamment les mêmes idées, ne sortent plus d'un cercle rétréci d'idées, ont surtout la mémoire affaiblie et principalement la mémoire des mots, des noms propres, des substantifs, emploient le mot chose, s'irritant quand ils ne trouvent pas le mot qu'ils cherchent et se réjouissent quand on le leur fournit, enfin ont la volonté encore plus affaiblie que l'intelligence et soit frayeur, soit absence de force pour résister, ils cessent de gouverner les autres et se laissent facilement dominer eux-mêmes, tout en s'irritant à chaque instant contre ceux qui les dirigent. Ce degré de faiblesse intellectuelle est fréquente chez les apoplectiques, mais il est compatible avec la conscience d'un grand nombre d'idées saines, la persistance de ce qu'on peut appeler la raison et ne mérite ni le nom de folie, ni même celui de démence vraie.

3°. Le 3e. degré de perturbation intellectuelle devient de la démence, ou même de la folie vraie. L'intelligence est affaiblie au point que le malade oublie

les choses les plus simples de la vie, ne sait plus ni les jours, ni les lieux, méconnait les personnes, n'a plus le jugement sain, oublie ce qu'on vient de lui dire à l'instant même, perd le souvenir de la plupart des mots, est en un mot dans un état de véritable démence. Une fois arrivé à ce degré de débilité intellectuelle, l'apoplectique ne tarde pas ordinairement à avoir quelques conceptions délirantes; il est effrayé; il a des terreurs involontaires, croit qu'on veut lui faire du mal, le voler, le ruiner. Ces conceptions délirantes de vol et de crainte de toutes choses sont fréquentes chez les apoplectiques. Ces malades ont en outre quelquefois des troubles de la vision, ou des hallucinations de l'ouïe; ils ont des visions effrayantes la nuit; voient passer sous leurs yeux comme des panoramas ou des fantasmagories (Ex: la malade de Bordeaux sur laquelle Mr. Parchappe a fait un rapport médico-légal). Les idées de vol, la croyance qu'on est volé, sont surtout très-fréquentes dans cette situation mentale. Lorsque l'apoplexie passe alors au ramollissement, on voit quelquefois survenir une sorte d'agitation

automatique, un besoin incessant de mouvement, sorte de carphologie de l'homme qui marche, au lieu d'être couché, et, qui sans arriver au degré de la manie, du délire aigu ou des accidents cérébraux de la méningite ou de l'encéphalite, consiste cependant dans une agitation semi-maniaque qui porte ces malades à se lamenter à haute voix, à répéter les mêmes mots ou les mêmes phrases, à dire qu'ils sont perdus, volés, ruinés, à se désespérer, sorte de forme spéciale de mélancolie anxieuse et agitée propre aux affections cérébrales apoplectiques. Après un certain temps de durée, cet état, lorsqu'il n'aboutit pas à la mort, peut s'apaiser et passer à la démence calme, ou bien rétrograder et devenir une simple débilité intellectuelle sans agitation et sans conceptions délirantes déterminées. L'état aigu ayant cessé, l'état chronique reparaît avec ses caractères des périodes antérieures. Les apoplectiques, arrivés à ce 3e. degré, sont souvent isolés dans les asiles d'aliénés, tandis que ceux des deux premiers degrés restent dans le monde et dans la famille.

<u>4e. Degré</u>. Ce degré est celui de la démence complète et absolu. Il est souvent consécutif à plusieurs attaques

apoplectiques, surtout quand elles ont eu lieu des deux côtés. (Ex: Mr. Guibout, Mr. Louis Hellan, etc). Dans ces cas, si fréquents à la Salpêtrière et à Bicêtre, il y a presque nullité de l'intelligence. Les malades comprennent à peine et conservent à peine quelques mots et quelques phrases qu'ils répètent machinalement. Ce sont ces états que l'on confond si souvent avec la démence paralytique, mais qui en diffèrent, non-seulement par l'anatomie pathologique, mais par les périodes antérieures, par l'ensemble des symptômes actuels et par la marche ultérieure. Cependant, ces malades sont dans une vie presque végétative; ils ont de l'embarras de la parole, de la paralysie des membres; ils restent souvent assis sans pouvoir marcher; ils peuvent encore souvent remuer les bras et les jambes dans leur lit, n'ont pas d'hémiplégie marquée, devien=nent gâteux, ont quelquefois de l'agitation auto=matique, poussent des cris et meurent quelquefois dans une nouvelle attaque congestive ou dans des convulsions. Tout cela les rapproche singulièrement des paralytiques à la dernière période ou période de

démence. On comprend donc que beaucoup d'auteurs, comme Mr. Baillarger par exemple, les aient confondus avec la paralysie générale, surtout lorsqu'on sait que, dans quelques cas rares de ce genre, lorsque l'apoplexie a été double et a envahi les deux hémisphères, on voit quelquefois survenir dans les dernières périodes jusqu'au délire ambitieux et à l'agitation automatique et convulsive des paralysés généraux, probablement parceque le ramollissement de la couche corticale vient s'ajouter aux lésions des parties centrales du cerveau; mais ce sont là des cas mixtes assez rares qui sont une simple complication, et ne doivent pas faire admettre la confusion de tous les autres cas si nombreux de démence apoplectique simple avec la démence paralytique. Dans la démence apoplectique arrivée à cette dernière période, l'intelligence est plus complètement absente que dans la démence paralytique vraie; il n'y a plus d'idées, plus de compréhension, plus de facultés intactes, plus de possibilité de comprendre certaines choses, plus de paroles compréhensibles, plus de réveils momentanés et presque plus de paroles et de possibilité de se faire comprendre, tandis que les paralytiques aliénés qui

dans un moment n'ont aucune idée et ne peuvent proférer aucune parole, peuvent le lendemain comprendre certaines choses et exprimer quelques fragments d'idées. En un mot, dans la démence apoplectique, il y a souvent impossibilité de parler ou bredouillement très-prononcé, absence complète d'idées et de compréhension, beaucoup plus de calme et d'uniformité habituelle dans tous les symptômes, moins d'inégalités flagrantes d'un jour à l'autre ou d'une époque à une autre, moins d'agitation, moins de cris, moins de désordre des actes, d'action de déchirer, de se déshabiller, de s'agiter, moins de conceptions délirantes; moins d'aliénation, en un mot, sous la forme de conceptions délirantes ou d'agitation maniaque, plus de démence calme, inerte, inoffensive et sans idée, moins de rémissions et de paroxysmes, moins d'inégalités flagrantes dans la marche de la maladie, beaucoup plus d'uniformité dans son cours et une durée plus longue de plusieurs années sans modification aucune, ni dans les symptômes, ni dans leur degré.

Citer comme exemple de monomanie suicide dans l'apoplexie, M.r Ferdinand Leverdier, et cette particularité remarquable d'une guérison de cette mono=manie par une seconde attaque, et la production d'une démence sans possibilité de parler par suite d'une 3.e attaque. C'est là un cas bien curieux et exceptionnel.

Citer l'exemple de M.r Béard, comme activité exagérée, prétentieuse, irritable et avec changement de caractère dans l'intervalle de deux attaques apoplec=tiques.

Citer M.r Brajat père comme exemple de la progression de la démence avec la progression des attaques, et M.r Brajat fils comme conservation d'une grande partie de l'intelligence, malgré l'hémiplégie persistance. L'oncle de Bomart pour la perte de la mémoire des mots, et notre oncle de la tour d'Etienne pour la démence irritable et colère pendant de longues années.

États d'affaiblissement intellectuel d'après Griesinger.

Nous rangeons dans cette classe une série d'états morbides différents dans leurs détails, mais formant par leur ensemble un groupe naturel.

Ils ont ceci de commun que la folie n'y est pas primitive mais consécutive aux formes précédentes, quand elles ne guérissent pas.

De plus, la lésion fondamentale ne consiste pas comme dans la mélancolie et la manie dans certains sentiments dominants qui troublent l'in=:telligence secondairement; ici les troubles intellectuels sont l'anomalie essentielle, les émotions dominantes ayant disparu ou n'ayant jamais existé.

Dans ces états, la lésion intellectuelle a pour caractère tranché l'affaiblissement (défaut d'énergie de la pensée, absence de reproduction normale des idées (mémoire), absence d'association.)

Cet affaiblissement peut aller jusqu'à l'abolition totale des facultés; intelligence détruite, volonté sans énergie ou nulle, sentiments obtus,

tonicité morale disparue, l'esprit ne réagit plus que d'une manière superficielle.

Dans d'autres cas, cet affaiblissement est masqué par la prédominance de quelques conceptions délirantes qui absorbent entièrement les derniers restes de l'intelligence et sans lesquelles il y aurait un ~~vide~~ vide total. La pensée n'enfante plus aucune idée capable de lutter contre les conceptions délirantes : le délire, bien que n'étant plus entretenu par un sentiment dominant, est fixe et persistant, parceque la pensée, abolie sur les autres points, s'accroche exclusivement à la petite sphère de conceptions délirantes qui subsiste. Aussi avons nous placé la folie systématisée dans les états d'affaiblissement intellectuels.

Abrégé du chapitre de Griesinger sur la folie systématisée.

Sous ce nom, nous comprenons des états secondaires dans lesquels l'état morbide des sentiments qui caractérisait les premières périodes a disparu : la folie consiste alors dans un petit nombre de conceptions

fixes que le malade affectionne et qu'il répète cons=
=tamment.

A ces états conviendrait bien le nom de monomanie créé par Esquirol, en lui attribuant un sens tout autre, si ce mot devait être conservé dans la science.

Ces états ont été mal étudiés.

I. <u>Anomalies du sensorium, des penchants et de la volonté</u>.

Le passage de la mélancolie ou de la manie avec conceptions délirantes à la folie systématisée se fait d'une manière lente et graduelle.

La disposition affirmative ou négative de l'esprit, qui existait à l'origine de la maladie, se dissipe très-lentement, souvent par oscillations; peu à peu, elle fait place à un état chronique d'excitation maniaque ou de mélancolie légère qui persiste longtemps et ne disparaît que plus tard en laissant à sa place certaines conceptions délirantes.

A mesure que ce sentiment d'affirmation ou de négation disparaît, le calme et la réflexion se rétablissent peu à peu; la pensée n'est plus confuse

comme avant; les facultés intellectuelles semblent avoir retrouvé leur équilibre.

Mais ce n'est plus là l'équilibre tel qu'il existait dans l'état de santé. Il s'est formé peu à peu un nouvel état moyen du caractère et des sentiments: le malade n'est pas ce qu'il était jadis, plus quelques idées délirantes surajoutées; il est changé totalement.

Cette modification complète de l'individu, surtout saillante lorsqu'il ne reste plus aucune trace de l'état de douleur mélancolique ou d'exaltation maniaque, consiste dans l'obtusion et la faiblesse de toute réaction morale. Les sentiments n'existent plus; l'individu est indifférent à tout; la volonté est sans énergie. Aucun de ces malades ne prend plus part, comme autrefois, aux choses du monde extérieur; il n'est plus capable d'aimer ni de haïr comme autrefois; ses parents, ses amis peuvent mourir, il ne s'en affecte plus: il éprouve peu d'émotion, y fait peu d'attention, ou bien ne réagit pas du tout.

Il ne peut être ému que relativement à ses idées fixes: alors ses sentiments sont ébranlés et il peut y avoir réaction rapide de la volonté, si l'on touche à ses idées ou si l'on cherche à les combattre par le raisonnement;

il s'irrite et se met en colère; il est heureux au contraire lorsqu'on les flatte.

Quelquefois, cette obtusion complète de sentiments et le mode perverti de réaction qui en résulte est l'élément principal de cet état mental; c'est une sorte de folie affective fixe. Ex: un certain nombre d'ivrognes qui deviennent fous.

Chez les individus atteints de folie systématisé cette obtusion des sentiments se manifeste d'une manière évidente par leur manière d'être dans les asiles d'aliénés. Dès leur entrée dans les asiles, ils s'y trouvent à l'aise; ils ne font jamais de complots avec les autres malades; on peut punir ou renvoyer leurs voisins, sans que cela les impressionne.

18e, 19e et 20e Leçons.

Notes
pour la Leçon sur la Folie paralytique.

Mai 1854.

Mai 1854.

Plan de la leçon sur la folie paralytique.

Après avoir parlé des diverses formes des maladies mentales, il reste encore à aborder une dernière espèce qui pour plusieurs auteurs n'est qu'une complication de toutes les autres, mais qui pour nous est une forme spéciale.

On est étonné qu'elle ait été si longtemps méconnue alors qu'elle est si fréquente. Sa fréquence a probablement augmenté, mais on en trouve des exemples dans tous les auteurs sous un autre nom. C'est évidemment une maladie distincte et susceptible de description depuis son commencement jusqu'à sa fin.

Il est assez difficile d'en faire une description type -

parcequ'elle présente des variétés assez diverses, mais on peut néanmoins arriver à un tableau général qui embrasse la plupart des particularités. C'est une maladie moins héréditaires de d'autres maladies mentales, ce qui pourrait expliquer sa fréquence plus grande à l'époque actuelle.

Il y a quelques signes spéciaux de prédispositions; seulement ils sont difficiles à saisir, parcequ'ils se confondent avec des caractères normaux.

Elle survient à un âge peu avancé; elle peut sans doute arriver dans la vieillesse, mais c'est rare et autrement la jeunesse est une circonstance qui doit faire supposer cette maladie de préférence à toute autre, autrement la vieillesse doit la faire exclure et faire supposer un ramollissement ou une autre affection du cerveau.

On prétend qu'elle arrive aux jeunes gens de 20 à 30 ans, tandis qu'autrefois elle ne survenait qu'après 30 ans; c'est peut être parceque l'on ne savait pas aussi bien l'observer et la reconnaître à son début.

Elle est infiniment plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Mr. Baillarger a exagéré

la fréquence chez les femmes en confondant avec elle d'autres affections telles que les ramollissements et les autres qu'on reconnaît souvent à la Salpêtrière et qui grossissent le nombre. Mr. Parchappe dit avec raison que la maladie diffère un peu chez les hommes et chez les femmes et qu'il faut avoir vu les deux sexes pour en faire une description exacte: La maladie est donc surtout fréquente de 30 à 50 ans. Mr. Baillarger a fixé l'age de 43 ans comme plus grande fréquence et partant des relevés faits à la Salpêtrière l'a attribuée à l'age critique, à cause de l'idée de congestion; mais c'est précisément le retour des règles, la saignée, les sangsues ne guérissent pas; cela survient également chez des gens affaiblis et n'ayant pas de tendance aux congestions et surtout n'ayant pas de suppression de règles ou de flux sanguin.

Mai 1854.

Forme commune ou expansive, marche habituelle et type de la maladie.

1°. Prédisposition: aventures bienveillantes.
2°. Incubation: Mélancolie avec faiblesse; tendance

exagéré à l'action d'abord dans des limites normales avec activité exagérée. Signes fugitifs : vols, actes bizarres. Période courte : achats, excès. Changements de caractère et d'habitudes ; colères ; on devient dépensier, prodigue ; on prend une maîtresse ; boissons alcooliques - Projets dans la direction habituelle ou dans la profession. Tout cela est ordinairement rapide. Bientôt insomnie, besoin incessants de mouvements ; on court la campagne souvent en désordre ; achats de voitures, bijoux, lettres d'invitation, visites nombreuses, voyages, constructions, courses rapides, et longues à cheval, activité extrême de jour et de nuit ; bientôt sans but déterminé : promenades en voiture sans payer le cocher, restaurant sans payer, vols aux devantures des boutiques ; ce qui ordinairement les fait arrêter dans Paris et les fait rapidement placer en moins de 15 jours par les familles ; rien n'est plus brusque que cette invasion lorsqu'on a méconnu les prodromes souvent d'ailleurs insaisissables.

C'est dans cet état d'excitation avec idées de grandeur, besoin de mouvements, ordinairement embarras de la parole qu'on les reconnaît et qu'on les reçoit dans les asiles ; ce n'est ni de la monomanie,

ni de la manie et c'est déjà de la démence.

C'est ici qu'il faut indiquer les caractères des conceptions délirantes et le premier degré de l'altération des mouvements : il faut noter ici la fécondité d'idées mais sans l'attribuer à la force, non-seulement absence de coordination, mais absence d'invention : il y a excitation avec faiblesse de création et simple régurgitation sans force d'invention.

Conceptions de deux ordres :

1°. Grandeur, satisfaction ; puissance, fortune, millions, diamants, or, châteaux, talents, force physique, beauté ; distribue des titres, dignités à profusion et au premier venu, d'abord dans la direction de la profession et en montant en grade, mais bientôt au sommet de la grandeur ; degré moindre de satisfaction : colonel, héritage, 500 f.cs belles robes, ou simple satisfaction générale.

2°. Conceptions bizarres et absurdes, couper la tête, pas d'estomac, ni de bouche, tête de plomb, ressusciter les morts, reconstruire Paris, mâchoire de cheval, enlever la tête pour en remettre une autre, yeux de diamants etc, idées hypochondriaques : on est mort,

on a enlevé la cervelle, on est malade, la mère est morte etc.

Emotion passagère : on doit sortir le lendemain ; aller aux Tuileries ; on va dans un palais ; l'archevêque viendra sacrer ; on va épouser un prince ou être Empereur etc.

Toutes ces conceptions sont multiples, mobiles, sans base et surtout contradictoires. Donner à cette occasion une idée du langage habituel d'un paralytique à cette première période excitée : vie ancienne et imaginaire ; parallèlement comparaison avec un monomaniaque et un maniaque ; y montrer les signes de démence malgré l'activité apparente. Après ces symptômes psychiques, parler des signes physiques, des actes et de la marche variable selon les cas, comme manière d'arriver à parler de la 2e. période.

<u>2e. Période</u>. Limite artificielle ; elle n'est que le progrès de la maladie ; cependant le progrès est loin d'être continu ; parler ici de la marche paroxystique ; mais renvoyer l'intermittent après la seconde période parceque c'est le plus habituel.

2e. Période : état maniaque ou état dément

à l'état maniaque deux variétés d'agitation automatique, action de déchirer, crier, cracher ou véritablement maniaque avec exagération des signes précédents, souvent intercalée sous forme de paroxysmes, au milieu de l'agitation instinctive.

2°. forme démente : parler ici de la variété débile qui n'est le plus souvent qu'une période, mais qui peut se prolonger longtemps.

Les signes physiques s'aggravent à cette période, mais pas d'une manière régulière. Ainsi, certains malades gâtent et d'autres pas.

Après la seconde période, parler des intermittentes plus fréquentes qu'on ne croit sans être habituelles ; persistance de l'embarras de la parole ; abaissement de niveau de l'intermittence. Ces intermittences peuvent être d'un an et plus souvent sont suivies de rechute rapide et intense avec symptôme de 3e. période avancée. Contractures, attaques congestives et convulsives, mort rapide.

3e. Période : Symptôme intellectuel et débilité profonde ; faiblesse de mémoire ; incohérence ; peu d'idées, quelques idées de gr. et de loin en loin conceptions délirantes variées. Symptômes physiques prononcés : fauteuil, lit. Marche remarquablement inégale. Causes de mort.

Mai 1854.

Causes de la folie paralytique.

Moins héréditaire que les autres maladies mentales, plus souvent individuelle : excès de vin, ou vénériens (ne pas confondre les premiers symptômes avec la cause) excès d'étude : activité de travail intellectuel ou de préoccupation trop prolongée.

Age. Surtout l'âge mûr : on dit que maintenant plus fréquente qu'il y a 20 ans, de 20 à 30 ans. Après 50 elle est rare et on doit d'abord songer à une autre maladie : ramollissement par exemple, surtout chez la femme.

Mr. Baillarger a eu tort de mettre la moyenne à 43 ans ; il a confondu d'autres maladies cérébrales de la vieillesse qui ont fait avancer l'âge moyen vers 50 ans. La moyenne est de 35 ans, car elle est plus fréquente qu'on ne croit avant 30 ans. Il a d'ailleurs attaché une importance exagérée à l'âge critique.

Sexe. Triple fréquence chez l'homme, cependant plus fréquente qu'on ne croit chez la femme, mais pas

autant que le dit M^r. Baillarger, toujours à cause de confusions, variété débile plus fréquente chez la femme.

Plus fréquente dans les grands centres de population, à cause de l'activité intellectuelle plus grande et des excès et des dépenses de forces plus nombreuses; mais n'a pas augmenté dans la proportion où l'on croit. Cela dépend de l'attention de l'observateur et de l'importance qu'il attache à signaler une complexion en apparence secondaire ou à retrouver dès le début une forme distincte des autres folies et qu'il classe à part soit comme forme, soit comme maladie.

On l'a dit plus fréquente dans les hautes classes. C'est possible, mais non prouvé. Ce qu'il y a de saillant, c'est l'absence des femmes paralytiques à Vanves depuis 30 ans. Influence de la congestion et de toutes les causes ou professions qui l'engendre telles que hémorroïdes, suppression des règles etc professions de chauffeur, cuisinier etc exagérée par M.M. Bayle, Baillarger et Lunier, qui ont même sous signes extérieurs. C'est une maladie spéciale dans laquelle il y a tendance à la congestion plus ou moins temporaire ou durable, mais il ne faut pas confondre l'effet avec la cause, car on la voit

survenir dans des conditions inverses. Une chose plus fréquente, c'est militaires, filles publiques et entretenues, qu'on peut attribuer aux excès sexuels ou alcooliques.

Le tempérament sanguin est plus habituel, mais c'est une erreur résultant de confusions avec d'autres maladies cérébrales qui a porté Lunier à admettre la parenté d'origine de l'apoplexie et de la paralysie générale. Elle est plus fréquente au midi qu'au nord etc. Climats, nationalités, régions, pays, tout cela est douteux : les éléments manquent : ce que l'on sait, c'est qu'on la trouve partout et dans toutes classes et tous les pays avec les mêmes caractères. On en trouve des exemples dans Chiarurgi Jacobi (en 1830 qui la méconnaissait alors etc) Duchek l'a décrite à Prague absolument comme à Paris.

Mai 1854.

Symptômes physiques de la folie paralytique.

Maux de tête au sommet, surtout à la première période, rares dans les autres maladies mentales, excepté à l'incubation. Invasion et avant le début des

paroxysmes.

Troubles des sens très-rares, même à la fin de la maladie : pas de bluettes ni d'étincelles.

Dans certaines formes, au début, étourdissements et congestions : demi-pertes de connaissance ; attaques partielles ; rarement hémiplégie et passagère ; dilatation inégale de la pupille, signe non constant, plus fréquent dans variétés paralytiques et débiles ; tremblements de la face, surtout pendant la parole.

Tremblement de la langue et des lèvres, embarras de la parole presque constant mais plus ou moins fort selon les moments ; variable en intensité : d'abord, à peine appréciable, augmente avec la maladie mais non graduellement, va par soubresauts comme les autres symptômes ; tremblement très-léger des bras, mais ordinairement très-peu appréciable aux premières périodes, excepté dans quelques cas exceptionnels. Incontinence des urines ou matières survenant ordinairement qu'après la 2e période, mais survenant plutôt ou plus tard selon les malades et surtout selon les variétés ; tantôt précède, tantôt suit la paralysie des jambes. C'est variable et ce n'est pas toujours un des derniers symptômes ; tremblement, puis faiblesse des

jambes; difficulté progressive à marcher; quelquefois légère prédominance d'un côté, mais peu marquée; inclinaison du tronc, mais jamais jusqu'à la paralysie complète, à l'hémiplégie; toujours irré=gularité des mouvements, plus que paralysie; rien de plus fort qu'un paralytique dans ses mouvements d'agitations musculaires, instinctives: ce symptôme, comme tous les autres, augmente et diminue alternativement.

Embonpoint, voracité, exaltation des fonctions physiques, grand appétit; sentiment de bien-être, physique rarement altéré par des idées hypochondriaques passagères et par la conscience de son état de maladie, choses qui existent surtout dans la variété débile.

Altération des traits, bouffissure et affaissement des traits de la face: on est défiguré, méconnaissable, aspect âgé, surtout dans la variété débile et chez la femme. Plus tard, après l'embonpoint, de nouveau amaigrissement.

3e. Période: séjour sur un fauteuil, puis au lit; gâteux constamment; impossibilité de

marcher ; difficulté à se servir des mains pour manger ; on les fait manger ; paralysie partielle du pharynx, étouffent et meurent souvent ainsi ; attaques congestives ou convulsives ; aggravation subite de tous les symptomes ; coma ; absence de parole ou bredouillement extrême ; absence de rapport avec le monde extérieur ; à peine quelques idées ou même pas du tout ; faiblesse beaucoup plus grande des jambes qui souvent force à mettre au lit plusieurs jours ; assez souvent hémiplégie. Tous ces symptomes se dissipent en quelques jours ; assez souvent, au bout de peu de temps, on les retrouve sur pieds, marchant, courant, portant des fardeaux et même beaucoup plus intelligents qu'avant.

Le plus souvent ceux qui ont une de ces attaques, en ont plusieurs et même un grand nombre. On les croit morts, ils reviennent pour long temps et cela un grand nombre de fois. Les attaques paraissent surtout fréquentes dans certaines variétés, primitivement congestives et chez d'autres ne se produisent jamais, même près de la mort. Celle-ci a lieu par eschares, pneumonie, accident au-dedans le marasme avec diarrhée et absence d'alimentation. Troubles de la sensibilité

plus rares que dans d'autres; paralysie: peu d'hypéresthésie et d'anesthésie. Il en est de ces signes, comme du tremblement très-prononcé. Lorsqu'on les trouve très-intenses et très-prononcés, on doit songer à une autre maladie et ne les admettre dans celle-ci, que quand tous les autres symptômes concordent. Habituellement pas de fourmillement, de crampes ou de douleurs dans les membres comme dans d'autres affections cérébrales; quelquefois, cependant, surtout à la 3e période, contractures, raideurs (surtout par hémorrhagie méningée), grincements de dents, tremblements généraux.

24 Mai 1854.

Anatomie pathologique de la folie paralytique.

Très-bien faite par les auteurs Bayle, Calmeil, Parchappe, Foville, etc, presque rien à ajouter. On a nié la réalité des lésions. Elles sont incontestables. On les trouve quelquefois 99 fois sur cent. On dit que les opacités des méninges, la sérosité au pourtour du cerveau existent chez

les ivrognes, d'autres aliénés, des vieillards ou même des gens tout à fait bien portants. C'est vrai, mais pas à ce degré là et d'une manière si saillante qu'on peut reconnaître facilement un cerveau de paralytique, au milieu des autres quand on en a l'habitude. Il faut tenir compte de l'ensemble et de l'intensité des lésions. Les cas douteux tiennent à des confusions symptomatiques pendant la vie, à des erreurs de diagnostic, tendant à l'imperfection actuelle de la science.

Les principales lésions sont les opacités et épaississement des méninges, l'injection et l'état variqueux de la face inférieure de la   , la sérosité gélatineuse en quantité en nappes plus ou moins épaisses entre les circonvolutions, l'adhérence entre les membranes et la substance grise qui s'enlève avec; enfin le ramollissement de la couche corticale surtout au sommet et en avant, ramollissement constant selon M. Parchappe, du moins très-fréquent; car, selon nous, c'est un fait consécutif à la congestion habituelle de la pie mère, qui, plus tard, à mesure que la maladie avance, détermine des irritations partielles et enfin des adhérences et des ramollissements peu

profond de la substance grise, lesquels coïncident avec des symptômes d'agitation violente et des douleurs de tête très-intenses. Cet ensemble de lésions donne à cette maladie une base anatomique incontestable pour ceux qui ont beaucoup observé, sous un caractère essentiel qui peut servir à la différencier des autres folies et peuvent expliquer plusieurs variétés ou prédominances de symptôme par leur diversité même, comme M. Bayle a cherché à le faire en exagérant et beaucoup trop systématiquement.

Lésions accidentelles: hémorrhagies méningées; ramollissements.

Mai 1854.

Pronostic de la folie paralytique.

Excessivement grave: maladie mortelle dans 3 ou 4 ans en général: quelques cas de guérison cités, mais en général contestables. Un fait de Mr. Ferrus: on a pris souvent des intermittences pour des guérisons, ignorant la

possibilité de la cessation temporaire de la maladie et la croyant constamment progressive. Ex: Leuret, Lunier, Billod: la maladie revient après six mois, un an, 18 mois même (car il y a des intermittences très-longues) et alors le malade tombe très-vite dans un état déplorable, a plusieurs attaques et meurt rapidement en quelques mois, de manière à restituer à peu près la durée moyenne habituelle et par exemple 4 ans au lieu de 3 ans.

MM Bayle, Calmeil, Parchappe ont cité des cas de durée très-courte, comme trois mois à un an, mais ces faits en général, ou bien ne sont pas de véritables paralysies générales, ou bien ils n'ont pas compté dans la durée de la maladie l'état de manie ou de folie antérieure, même avec idée de grandeur, et ne font dater la maladie que de l'apparence de l'embarras de la paralysie ou des accidents paralytiques, ce qui est une conséquence naturelle de l'idée de complication. Admettre l'idée de forme est donc allonger la durée moyenne de la maladie, ce que les anglais n'ont pas compris en contestant la durée moyenne de 3 à 4 ans et ce que l'on admet de plus en plus, à mesure qu'on observe mieux et qu'on fait dater réellement la maladie du début des phénomènes psychiques.

D'ailleurs peutêtre cette durée se trouvera-t-elle encore augmentée si on étudie bien les prodromes; car il y a un certain nombre de paralytiques qui deux ou trois ans avant la maladie deviennent bizarres, entreprenants, actifs outre mesure, fantasques, irritables, font des voyages, des spéculations encore raisonnables mais hasardées, qui deviennent colères, se livrent à des excès inconnus jusque là etc, font des actes bizarres singuliers qui frappent tout le monde et qu'on se rappelle plus tard, font même des vols, ont de grandes prétentions, une activité exagérée et en même temps d'assez fréquentes absences que rien n'explique, qui, en un mot, sont des paralytiques en puissance, à l'état latent, en expectative des prédisposés à la paralysie etc. MM Brierre et Lasègue ont raison de signaler ce fait assez fréquent et on doit ajouter qu'il est des gens qui sont ainsi dès leur enfance, mènent une vie désordonnée, aventureuse et vagabonde, changent d'état, entreprennent mille choses et mènent en un mot l'existence la plus agitée et la plus irrégulière, sont plus prédisposés que d'autres à la paralysie et le deviennent ordinairement; mais jusqu'à plus ample

informé, je ne crois pas qu'on doive classer cet état dans la maladie, comme première période, mais le considérer comme simple prédisposition, tout au plus comme incubation prolongée et comme premiers prodromes qui précèdent de loin l'invasion de la maladie et que l'on ne doit faire dater celle-ci que du moment où elle devient évidente, soit par l'embarras de la parole ou des congestions, soit par l'état mélancolique bientôt suivi d'invasion brusque de manie, soit habituellement par l'invasion brusque d'un état de délire évident, bientôt maniaque et caractérisé par une activité lente maladive et des projets irréalisables ou des idées absurdes. Une autre cause qui peut faire allonger la durée moyenne, c'est la variété paralytique qui paraît plus longue que l'autre ; d'ailleurs, il y a des cas exceptionnels où la maladie, par sa nature même ou par suite des soins hygiéniques, a pu durer 6, 7, 8 ans etc.

Mai 1854.

Traitement de la folie paralytique.

Jusqu'à ce jour incurable. Les guérisons obtenues ne sont qu'apparentes et temporaires. On doit donc être

très-circonspect pour conclure à l'action d'un agent thérapeutique et pour se prononcer sur l'action même palliative ou améliorative qu'il a pu avoir, à cause de la cessation brusque des accidents qui a si souvent lieu spontanément..

Les saignées au début, faites par beaucoup de praticiens, à cause de la violence de l'agitation, de la ressemblance avec la fièvre cérébrale, des congestions du tempérament ordinairement robuste des malades etc, de l'habitude qu'on a de saigner aussitôt qu'il y a délire aigu, sous prétexte de faire tomber l'agitation, tandis que c'est habituellement l'inverse qui est produit par les saignées. Les saignées, disons-nous, ne sont d'aucune utilité en général (à moins de congestion intense et de mort imminente par une attaque) et sont même nuisibles, dit-on, et feraient, à ce qu'on prétend, tomber les malades plus rapidement dans la seconde période, la faiblesse et la démence. Il vaut donc mieux combattre les symptômes de congestion par les sangsues à la nuque et à l'anus, les purgatifs et les sétons ou les cautères.

Les bains, souvent considérés comme utiles pour abattre l'excitation, sont ordinairement plutôt nuisibles qu'utiles parcequ'ils augmentent la congestion à la tête.

Les vésicatoires, sétons etc ont une action nulle.. Il faut donc se borner à traiter quelques symptômes et les accidents violents, telles qu'attaques congestives et convulsives et surtout les prévenir, par un régime approprié et des dérivatifs puissants quand on constate une aggravation des symptômes, plus d'hébétude, d'embarras de parole, moins de netteté dans les idées et l'afflux du sang à la tête.

Le traitement se borne donc à régler le régime (exercice, diminution de l'alimentation etc), à prendre des soins de propreté et à traiter les accidents et les complications.

L'action de la digitale a été vantée et, en effet, elle paraît quelquefois réussir, mais n'est-ce pas une rémission ou intermittence résultant de la marche naturelle de la maladie ? Il en est de même du cautère actuel à la nuque, employé plusieurs fois avec succès, pour suspendre la marche, mais elle revenait ensuite.

Mai 1854.

Marche de la folie paralytique.

Difficile à décrire parcequ'il y a plusieurs variétés assez différentes, malgré leurs points communs, pour former presque comme des maladies distinctes et ce qu'on dit de l'une ne s'applique guère à l'autre.

La marche a deux caractères principaux :

1°. L'affaiblissement progressif de la motilité et de l'intelligence.

2°. Paroxysmes fréquents suivis de rémissions nombreuses plus ou moins prononcées, très-irrégulières dans leur apparition et leur durée et même d'inter=:mittences. Ainsi, la marche, quoique progressive dans son ensemble, est excessivement irrégulière et accidentée dans son cours. Ces caractères sont communs à presque tous les cas, ainsi que la présence de congestions ou convulsions, l'existence d'agitations fréquentes et souvent maniaques et enfin la durée moyenne de 3 à 4 ans. Mais en dehors de ces caractères communs qui constituent l'espèce, restent les variétés qui méritent une description spéciale parcequ'elles diffèrent

beaucoup les unes des autres par le mode de groupement de symptômes et par leur succession.

M.r Bayle a admis la succession monomanie, manie et démence comme coup d'œil général. C'est assez exact en ne le prenant pas rigoureusement, mais il faut bien se garder de le prendre à la lettre. D'ailleurs, la limite entre la monomanie et la manie est presque impossible à tracer, tant la monomanie est générale, a de tendance à l'agitation et tant la manie présente de conceptions délirantes et de conversations assez suivies, même au milieu de l'agitation, d'un autre côté, des traces évidentes de démence, c'est-à-dire de faiblesse intellectuelle radicale, existent dès le début soit dans la monomanie, soit dans la manie, par conséquent le mot de démence.

Mai 1854.

Variété débile de la folie paralytique.

Plus fréquente chez les femmes. Ce sont les cas où l'on dit que la démence calme sans manie ni monomanie existe dès le début de la maladie, mais en général il y a agitation et conceptions délirantes de satisfaction ou de

grandeur avant ou après le moment où l'on observe.

Ces malades sont difficiles à observer; il n'y a en général que des faits négatifs; cependant ils se rapprochent des autres paralytiques par la satisfaction générale habituelle et par des conceptions délirantes qui, bien que moins nombreuses et moins gigantesques, sont également sans base, surgissent tout à coup sans cause et disparaissent de même. Ainsi, ces malades disent à chaque instant: on va venir me chercher; je vais partir demain; mon père ou mari sont venus et doivent m'emmener (souvent rien de tout cela n'est vrai). Ces malades ont aussi de temps en temps des conceptions tristes qui traversent leur esprit et provoquent des larmes: ma mère est morte; j'ai mal à la tête; je souffre partout; je vais mourir. Ainsi, indépendamment de la satisfaction générale qui porte à dire: je ne suis pas malade; je ne l'ai jamais été; je suis très-forte; j'ai de beaux habillements; je suis heureuse; je n'ai rien qui me tourmente etc, ces malades ont des conceptions délirantes sans base assez changeantes, soit tristes, soit gaies; enfin, il y a débilité de l'intelligence et de la mémoire que l'on

constate surtout par l'indifférence, l'absence de préoccupation des choses les plus intéressantes pour eux, la vie végétative qu'ils mènent, l'absence d'actes en rapport avec leur situation, la non relation entre leur vie actuelle et leur vie passée, la contradiction entre leurs actes et leurs paroles etc. De plus, ils oublient soit leur nom, leur age, leur demeure, le jour ou le mois de l'année, et répondent à cet égard des choses contradictoires d'un moment à l'autre; ils font la première réponse venue à une question et répondent ensuite différemment à la meme question. Ils ont plus souvent, que les autres paralytiques, conscience de leur état de paralysie, et demandent à etre guéris, tout en disant qu'ils ne sont jamais malades; ils se plaignent plus souvent de maux de tete, ont plus souvent une inégale dilatation des pupilles, la face bouffie, irrégulièrement déformée, vieillie et les traits tombants; le tremblement des joues est ordinairement plus marqué; la parole et les traits complètement immobiles et hébétés au repos. Les malades restent habituellement calmes et immobiles, travaillent avec peine parceque les doigts n'ont plus de précision sans cependant trembler et qu'ils ont désappris la couture par exemple; de meme que d'autres ont désappris l'écriture, l'orthographe et sautent des lettres,

ils mangent avec voracité, dorment bien, mais assez fréquemment pendant certaines périodes poussent des cris instinctifs, non motivés, surtout la nuit, et enfin surtout débitent, ramassent et volent, souvent autant et même plus que les paralytiques excités. Ces malades gâtent peut être plus vite que les paralytiques maniaques et souvent même avant que les jambes soient notablement affaiblies. Souvent il y a déviation du tronc d'un coté pendant la marche et prédominance légère de la paralysie d'un coté, chose plus rare dans la variété expansive.
Cette variété est beaucoup plus uniforme, moins paro=:xystique. On trouve ces malades pendant longtemps à peu près dans le même état, sans que la maladie paraisse faire un pas; aussi cette variété paraît-elle avoir une plus longue durée que l'autre; cependant on y observe assez souvent des rémissions assez tranchées pour que la guérison soit apparente, moins l'embarras de la parole et l'abaissement de niveau de l'intelligence; mais ensuite les malades arrivent tout à coup à des attaques con=:gestives ou bien à une faiblesse rapide et radicale qui les force à garder le lit; tous les symptômes s'aggravent considérablement; le malade ne comprend

presque plus rien ; bredouille énormément ; ne peut se soutenir et au bout de 15 jours il revient à un état très-satisfaisant et marche avec facilité (Ex : Gagneux) sous ce rapport physique et sous le rapport de la faiblesse intellectuelle. Cette variété a donc des rémissions et paroxysmes très-marqués, surtout vers la 3e période, comme l'autre variété offre de grandes inégalités de marche sous le rapport du calme ou de l'agitation. Les attaques convulsives paraissent moins fréquentes dans cette variété que dans la variété maniaque. En est-il de même des congestives ?

Quoi qu'il en soit ici, il y a moins d'activité d'idées de grandeur, d'agitation, plus d'uniformité dans la marche et en revanche il y a plus d'hébétude et de phénomènes physiques de compression cérébrale.

5 Mars 1865.

Leçon abrégée sur la paralysie générale.

Les quatres malades que j'ai choisies peuvent être montrées comme types de variétés diverses de la paralysie générale. Elles se rapprochent par le fait de la démence simple sans idées de grandeur très-manifestes, sans satisfaction

excitation maniaque et même sans satisfaction générale, car il en est de mélancoliques. Elles ont comme caractère commun le masque de la physionomie et de la débilité très-grande de l'intelligence qui leur donne le cachet de l'affection cérébrale et non de la folie simple. Il en est une cependant qui est peutêtre plutôt épileptique que paralytique. C'est là un exemple des difficultés très-grandes du diagnostic de cette maladie qui exige de nouvelles études. Nous sommes à une période de transformation scientifique. D'abord, on ne distinguait pas la paralysie générale de la folie. C'était une terminaison; puis, peu à peu la forme s'est détachée de plus en plus de l'opinion déjà exprimée par Bayle en 1822; celle de l'unité de la forme ou de la maladie s'est répandue de plus en plus et tend à devenir générale. M. Requin, Sandras, Baillarger, Lunier ont introduit un nouvel élément, l'étude des paralysies débutant sans délire. Enfin, aujourd'hui, il y a deux points de vue, celui des médecins ordinaires qui ne voient qu'une variété et celui des médecins d'aliénés. Aujourd'hui, dans les asiles, on étend outre mesure la sphère de cette maladie

et on y englobe des états très-divers qu'il faudrait s'attacher à distinguer pour dissiper la confusion. Nous apercevons déjà aujourd'hui plusieurs états qu'il faut éliminer de son cadre. Nous voyons de plus des variétés dans la forme, mais faut-il aller jusqu'à nier la forme elle-même et méconnaître ce que nous considérons comme un progrès? Exemple puisé dans la fièvre typhoïde et comparaison puisée dans la phthisie.

Selon moi, il faut conserver la forme, admettre des variétés que l'on décrira mieux et exclure beaucoup de faits qui font confusion et ne rentrent réellement pas dans cette forme naturelle qui est bien une espèce avec ses variétés, comme disent les naturalistes et non un genre englobant toutes les affections cérébrales avec trouble intellectuel prédominant et coïncidence de trouble des mouvements. On a étudié cette maladie à reculons, en partant de l'autopsie; il faut nous attacher à en remonter le cours et étudier les premières périodes et ainsi nous allongerons beaucoup sa durée.

Causes: Excès vénériens et alcooliques. C'est une maladie des grandes villes et, de 30 à 50, beaucoup plus fréquente chez l'homme; ne se produisant chez

la femme que dans des conditions exceptionnelles, dans les grandes villes et chez les femmes publiques ou entretenues. Dans les établissements privés il n'y en a pas, ou du moins très-peu et elles viennent aussi des classes populaires.

C'est une maladie qui se produit de toutes pièces et provient plus rarement que les autres formes de la folie, de l'hérédité; cependant les descendants des paralytiques ont souvent des maladies nerveuses ou mentales. Nous assistons ainsi à la formation nouvelle de maladies mentales dont la paralysie générale est le premier chaînon. C'est encore comme la phthisie que l'on voit se produire sous nos yeux chez des individus non prédisposés et qui ensuite se transmet par hérédité.

<u>Symptômes</u>: Démence: ses caractères.

<u>Paralysie</u>: ses signes spéciaux. Autres symptômes: dilatation de la pupille; incontinence des urines; mobilité dans les nymphes; délire des grandeurs; ses caractères distinctifs; démence avec simple satisfaction générale; forme dite monomaniaque; forme maniaque dans laquelle il y a toujours beaucoup

de démence; forme mélancolique avec idées dites hypochondriaques.

Marche: lente et progressive mais par soubresauts, variété consistant dans des accès maniaques successifs séparés par des intervalles ou manie congestive. Mr. Baillarger. Ce n'était pas connu et mérite de l'être.

Succession des périodes d'après Bayle. Variétés à établir au nombre de quatre: Marche par accès; rémissions nombreuses, et souvent très-prononcées; questions médico-légales pendant ces rémissions.

Anatomie pathologique. Opinions diverses: congestion, inflammation des membranes et ramollissement de la substance corticale; méningite chronique de Bayle; cérébrite corticale de Parchappe; Périencéphalite diffuse de Calmeil.

Etude de Rokitanski et des allemands: Deux phases: 1°. Congestion avec hypérémie; 2°. ramollissement avec atrophie et endurcissement correspondant de la substance blanche; 3°. disparition successive de la substance avec transformation graisseuse comme dans la Cirrhose et la maladie de Brigth. —

De la Démence et de la Paralysie générale.

Dans la leçon précédente, nous vous avons entretenus des périodes chroniques de la folie. Nous avons cherché à embrasser, sous ce terme générique, des états très-divers qui seront probablement un jour séparés au point de vue d'une classification vraiment naturelle, mais qui, dans l'état actuel de la science, méritent d'être rapprochés par des caractères communs assez nombreux que nous avons cherché à vous faire connaître, et qui établissent entre tous ces faits de véritables analogies.

Pour compléter la description des périodes chroniques de l'aliénation mentale, il nous resterait à vous parler de la démence comme terminaison ultime de la plupart des formes que nous avons décrites jusqu'à présent. Mais que pourrions-nous dire sur cette dernière période des maladies mentales qui ne soit déjà implicitement contenu dans la description que nous avons cherché à vous donner des périodes chroniques à leurs divers degrés?

Vous n'avez qu'à forcer un peu les teintes, à rendre les traits plus prononcés, à assombrir le tableau, à vous représenter une ruine plus complète de toutes les facultés, un désordre plus radical des idées, et tout ce que nous avons dit des formes chroniques peut, à peu de choses près, s'appliquer à la démence considérée à ses divers degrés. Vous savez, en effet, ce que nous entendons par le mot démence. Nous prenons ce mot dans l'acceptation ri=:goureuse que lui a donnée Pinel, c'est-à-dire que pour nous il indique une ruine, un anéantissement complet des facultés; l'abolition de la pensée. Nous nous garderons bien de lui donner toute l'élasticité que lui prêtent la plupart des médecins de notre époque, qui, non contents d'embrasser sous ce terme général la plupart des formes chroniques de la folie, alors même qu'il y a encore conservation assez complète de plusieurs forces intellectuelles, l'appliquent aussi, (bien à tort selon nous) à des périodes primitives et à des formes très-curables de l'aliénation. Nous soutenons, en effet, que jamais la démence n'est primitive dans l'aliénation mentale, qu'elle est toujours précédée, et le plus souvent pendant un très-long espace de temps, de l'une des formes aiguës

que nous avons décrites. Nous soutenons que les faits de démence primitive admis par les auteurs et ceux classés par Georget, sous le titre de démence aiguë, doivent être répartis dans diverses formes aiguës des maladies mentales et en particulier dans la mélancolie avec stupeur et l'idiotisme accidentel, formes ordinairement beaucoup plus curables que les mélancolies véritables elles-mêmes; et que, par conséquent, il faut bien se garder de confondre avec la démence qui est presque toujours incurable, parcequ'elle est caractérisée par la ruine et l'anéantissement et non par la simple suspension de l'intelligence. Pour nous donc la démence n'arrive jamais d'emblée, elle est toujours un état consécutif, une période ultime, et non une forme des maladies mentales; par conséquent, elle est rare, puisqu'elle est caractérisé par la ruine et le désordre complet de l'intelligence; tandis que les faits de folie chronique avec conservation d'une partie de l'intelligence que nous avons décrits dans la précédente leçon, sont au contraire très-fréquents et constituent la grande majorité des habitants d'un asile d'aliénés. Cette manière

d'interpréter les faits nous a donc conduit naturellement à insister avec soin sur les faits de folie chronique, et nous permet, au contraire, de nous borner à signaler l'existence de la démence et les caractères qui peuvent permettre d'en affirmer l'existence, sans avoir besoin d'en faire une description spéciale, à cause du peu de fréquence des faits qui méritent réellement d'être classés sous cette dénomination. Nous nous bornerons à faire ici une remarque générale.

Nous avons dit que dans le délire partiel chronique les malades stéréotypé leur délire, qu'ils le répétaient constamment, sous la même forme avec les mêmes expressions, et que cette absence de modification dans les détails du délire et dans ses manifestations extérieures, était un indice certain de la cessation de l'activité intellectuelle. Eh bien, cette réflexion qui nous paraît très-juste pour les délires chroniques en général n'est plus vrai pour la démence. Il semble que cette répétition constante et complète des mêmes paroles et des mêmes actes nécessite encore une certaine force d'intelligence et que lorsque cette force qui maintient réunis les divers anneaux de cette chaîne vient à manquer, il ne subsiste plus dans l'esprit de

l'homme que des fragments d'idées, surgissant isolément et sans coordination aucune. Il semble que par leur isolement et leur incohérence le délire limité et stéréotypé est transformé en un véritable désordre général, et que les idées paraissent plus nombreuses, quoique plus incohérentes, par cela seul, qu'au lieu d'être groupées et reliées autour d'un centre commun, elles se trouvent complètement séparées les unes des autres, dispersées et flottantes au milieu du désordre général de l'intelligence. Alors, les idées éparpillées et fragmentées surgissent spontanément et passivement dans l'esprit par une sorte de regurgitation ou de rumination, sans aucun travail actif actuel de la pensée. Ce sont comme des éclairs qui apparaissent de temps en temps dans les ténèbres, et qui peuvent faire croire à la persistance de l'éclat de l'intelligence et en particulier de quelques-unes de ses facultés de l'imagination par exemple, tandis qu'elles ne brillent, en réalité, que par contraste avec l'obscurité générale, au sein de laquelle elles se produisent.

Cette remarque nous paraît très-importante, pour pouvoir apprécier avec justesse les dernières périodes

des maladies mentales. Aussi, avons-nous voulu vous la signaler, quoique notre intention ne fut pas d'insister sur la description de la démence et nous nous hâtons d'arriver à la paralysie générale des aliénés.

Que doit-on entendre par ce mot? Quelle étendue et quelle importance doit-on lui accorder? Telle est la première question qu'il s'agit d'élucider. Dès la plus haute antiquité, on avait mentionné l'existence chez les aliénés d'une paralysie de la langue et des membres qui conduisait assez rapidement ces malades au tombeau, mais cette remarque était restée enfouie comme tant d'autres dans les auteurs et c'est à peine si Pinel mentionne, dans ses ouvrages, quelques faits de lésion musculaire pouvant être rattachés, de près ou de loin à la maladie qui nous occupe, bien loin d'avoir fixé son attention d'une manière précise sur cette forme particulière de l'aliénation mentale. Il en est de même des auteurs étrangers qui ont écrit sur l'aliénation mentale. Jusqu'en ces derniers temps, Royer-Collard et Esquirol ayant eu souvent occasion d'observer cette paralysie, quelques-uns de leurs élèves en firent l'objet de leurs études particulières. En 1822, Mr. Delaye fit sa thèse sur ce sujet; en 1824, Mr. Bayle et en 1826,

M. Calmeil, publièrent sur cette maladie deux ouvrages remarquables qui fixèrent réellement sur elle l'attention de tous les aliénistes. Ils firent de nombreuses autopsies pour prouver que cette lésion des mouvements chez les aliénés était presque constamment liée à une lésion des méninges, et ils donnèrent, à l'aide d'observations nombreuses, une description assez exacte des symptômes qu'elle présente à ses diverses périodes, en un mot une histoire détaillée de cette affection que l'un appela méningite chronique sous l'influence de ses idées anatomiques, et l'autre paralysie générale des aliénés, pour ne rien préjuger sur sa nature.

Dès cette époque, on peut dire que cette affection fut assez bien connue en France et devint l'objet de l'attention des aliénistes, mais c'est à peine, si depuis une dizaine d'années, la connaissance commence à se généraliser, au même degré, à l'Etranger.

En même temps, deux opinions bien tranchées sur sa nature commencèrent à se dessiner et souvent à l'insu des auteurs qui penchaient vers l'une ou vers l'autre de ces deux opinions. Les uns ne voulurent voir dans la paralysie générale qu'un symptôme qui

pouvait intervenir dans les différentes espèces de folie et la regardèrent comme une simple complication. C'est là l'opinion d'Esquirol qui est généralement accréditée; les autres, et l'on doit citer parmi eux Mr. Parchappe, se basant principalement sur l'uniformité des lésions cadavériques, en firent une véritable forme de la folie et la décrivirent avec raison, selon nous, sous le nom de folie paralytique.

Dans ces derniers temps, enfin, une troisième opinion, déjà indiquée par M. Delaye, Requin et autres, s'est fait jour, basée sur l'existence de quelques faits de paralysie sans délire; elle consiste à admettre que cette affection doit être rapprochée des diverses affections du cerveau telles que l'apoplexie, le ramollissement, etc. D'où il découle qu'elle doit être soigneusement distinguée de la folie, que la paralysie est le phénomène principal et que le délire n'est que le phénomène accessoire; aussi les partisans de cette opinion décorent-ils cette maladie du titre de paralysie progressive, afin d'éviter d'intercaler dans sa dénomination l'idée d'aliénation, introduite par les premiers auteurs qui l'avaient décrite.

Vous me direz, peut-être, que ces discussions de mots sont insignifiants et ne méritent pas qu'on s'y

arrêté, qu'il suffit de décrire avec soin cette maladie telle qu'on l'observe dans la nature, sans s'inquiéter de la place qu'elle doit occuper dans les cadres nosologiques; mais on ne se doute pas, en parlant ainsi, des conséquences nombreuses qu'entraînent, dans la pratique, telle ou telle manière de grouper et de désigner les faits, et l'on ne songe pas assez que, sous ces querelles de mots, sont cachées de véritables questions de doctrine.

Arrêtons-nous donc un instant sur ces questions théoriques dont vous sentirez tout à l'heure l'importance. Et d'abord, comment vouloir séparer de la folie une maladie dont la manifestation la plus constante, la plus saillante, et on peut dire la manifestation presque toujours primitive est le délire? De quel droit affirmerait-on que la paralysie est le phénomène principal, alors qu'il le plus souvent il ne se manifeste que longtemps après l'apparition du délire, que le délire est déjà très-marqué, tandis que l'on constate à peine quelque léger embarras de la langue et que la paralysie vraiment intense n'apparaît le plus ordinairement qu'après le délire a parcouru la plupart des phases

de son évolution ? N'est-il pas évident, au contraire, d'après ce simple énoncé, que la proposition avancée par nos contradicteurs, doit précisément être renversée, et que si, dans cette maladie, un des phénomènes doit être subordonné à l'autre, ce doit être bien plutôt la paralysie qui doit être subordonnée au délire que le délire à la paralysie, sur quoi s'appuie-t-on d'ailleurs pour soutenir une opinion aussi exclusive ? Sur une douzaine de faits environ, dans lesquels on croit avoir observé que la paralysie a précédé, de long temps, le délire, ou même a existé seule, sans être jamais accompagnée d'aliénation. Et c'est un aussi petit nombre de faits que l'on prétend opposer à l'immense majorité des cas dans lesquels, au contraire, comme l'ont constaté la plupart des observateurs, le délire précède de beaucoup l'apparition de la paralysie.

Ces faits, fussent-ils réellement identiques, moins le délire, aux faits de paralysie générale observés chez les aliénés, qu'ils ne suffiraient donc pas pour modifier les rapports de subordination que présentent habituellement ces deux phénomènes et pour autoriser à donner, d'une manière générale, la prééminence à la

paralysie sur le délire.

Mais, il y a plus, nous sommes très-loin d'être convaincus de l'identité que l'on a cru trouver entre ces faits et ceux de la paralysie générale que l'on observe journellement dans les asiles d'aliénés. Nous pensons d'abord que le seul fait de l'absence du délire qui est au contraire si constant et si caractéristique dans la paralysie générale ordinaire, suffirait déjà pour établir une ligne de démarcation tranchée entre ces deux ordres de faits et pour empêcher de les confondre dans le même ordre nosologique.

La paralysie, même lente et progressive, peut se rencontrer dans des maladies trop diverses du cerveau, pour suffire, à elle seule, à caractériser une espèce morbide et pour servir à grouper artificiellement, dans une même classe, des faits qui présenteraient d'ailleurs, en dehors de ce seul point commun, une foule de différences capitales, telles que celle par exemple qui consiste dans l'absence, ou la présence d'un symptôme aussi important que le délire; il faudrait, en outre, qu'il y eût une foule d'autres analogies frappantes, pour permettre de négliger

une différence aussi essentielle. Nous ne croyons donc pas que l'on soit en droit à priori de conclure à l'identité de deux états, par cela seul qu'ils présentent l'un et l'autre le point commun d'une paralysie lente et progressive, le diagnostic et la classification des maladies du cerveau sont aujourd'hui encore trop obscurs, malgré les nombreux progrès faits dans cette voie, depuis le commencement de ce siècle, pour que l'on soit autorisé à rapprocher comme identiques des états qui ne se ressemblent que par un seul phénomène.

Ainsi donc, même à priori, nous sommes loin de croire à l'identité entre les faits de paralysie progressive sans délire et les faits de paralysie générale observés chez les aliénés; mais à cette objection théorique vient s'en joindre une tirée de l'examen même de ces faits cités par nos adversaires. En les examinant attentivement au point de vue des phénomènes observés et surtout au point de vue de leur marche, nous en tirons, en effet, la conséquence que ces faits peuvent être répartis dans trois catégories principales.

Dans ces cas, la paralysie est liée, ou bien à l'épilepsie, ou bien à l'abus des boissons alcooliques,

ou bien enfin elle est la suite de simples congestions cérébrales ; et ce qui le prouve surtout, c'est l'étude de leur marche. Dans plusieurs de ces cas, en effet, la maladie, au lieu d'avoir un début graduel et presque imperceptible, apparaît, au contraire, brusquement avec tous les signes d'une véritable congestion, au lieu d'aboutir fatalement à la mort, dans un laps de temps, de deux ou trois ans au plus, elle reste stationnaire, ou lentement progressive, pendant de longues années, ou bien, après avoir long temps progressé, elle rétrograde et se termine même par la guérison. Dans d'autres cas enfin la présence de vertiges offrant tous les caractères des vertiges épileptiques ne permet pas de mettre en doute l'existence d'une paralysie épileptique.

Paralysie épileptique.

Ces indications générales suffisent pour vous donner une idée de la nature des faits que l'on a publiés, dans l'intention de prouver qu'il existait des paralysies générales sans aliénation.

Les réflexions que nous venons de faire à cet égard, nous paraissent également suffisantes

pour vous démontrer que le délire est au contraire le phénomène vraiment important et dominant dans cette maladie, et qu'alors même qu'il existerait quelques faits dans lesquels la paralysie aurait précédé le délire, et subsisté quelquefois sans lui, ces faits n'autoriseraient nullement à soustraire la paralysie générale du domaine de la médecine mentale, auquel elle appartient si évidemment.

Mais la paralysie est-elle une simple compli=:cation de diverses espèces de folie, ou bien existe-t-il réellement une folie paralytique, telle est la question qui se présente maintenant ?

La description détaillée de cette forme d'aliénation sera la meilleure réponse que l'on puisse faire à cette question. Après avoir constaté la fréquence des lésions de la langue chez les aliénés et après avoir découvert que cette lésion se liait presque toujours à une inflammation chronique des méninges, on ne tardera pas à s'apercevoir que cette lésion de la langue, suivie bientôt de paralysie générale, se rencontrait chez les malades atteints des trois formes principales d'aliénation, c'est-à-dire de monomanie, de manie et de démence. On dut en conclure naturellement que ce symptôme ne caractérisait aucune espèce de folie,

en particulier, et n'était, par conséquent, qu'une complication qui venait, sous diverses influences, ag=:graver la maladie, sans changer sa nature. On avait bien fait la remarque, extrêmement importante, que cette paralysie s'accompagnait presque toujours d'un délire particulier, le délire des grandeurs, mais comme il y avait beaucoup d'autres différences psychiques entre ces divers malades, on n'avait pas cru, avec raison, que ce seul symptôme put suffire pour les rapprocher tous dans une même classe. Eh bien, si l'on n'a pas aperçu que ce seul phénomène commun, c'est que l'on n'a pas poussé assez loin l'observation, et si l'on a trouvé entre les divers paralytiques des différences essentielles, c'est que l'on n'a pas comparé entre elles les périodes correspondantes de la maladie.

En effet, en étudiant attentivement ces malades, on est surpris de constater chez eux, comme nous le verrons tout à l'heure, en dehors du délire des grandeurs, des phénomènes psychiques vraiment identiques, et d'un autre côté, on s'aperçoit, que, s'il existe des paralytiques monomaniaques, maniaques et déments, cela tient tout simplement à la période à laquelle

on observe ces malades qui passent presque tous, au moins dans l'acception vague de ces mots, de la monomanie à la manie, et de la manie à la démence. Or, en mettant cette identité des phénomènes psychiques en rapport avec la lésion musculaire et l'inflammation chronique des méninges que l'on constate à l'autopsie, on arrive tout naturellement à démontrer et à découvrir tous les éléments d'une forme naturelle d'aliénation. Elle remplit réellement toutes les conditions que peut exiger la classification la plus rigoureuse, puisqu'au lieu d'être réunies artifi:ciellement autour d'un seul symptome, les faits se trouvent groupés à l'aide de plusieurs caractères empruntés à divers ordres de phénomènes.

Aussi, n'hésitons-nous pas à proclamer que la maladie connue sous le nom de paralysie générale des aliénés, et que nous préférons appeler folie paralytique, est peut-être la forme la plus naturelle qui existe aujourd'hui dans la pathologie mentale. Il n'est aucune, en effet, qui soit aussi bien caractérisée par la réunion de caractères psychiques, physiques et anatomiques. C'est d'ailleurs ce que prouvera amplement, nous l'espérons, la description détaillée de cette forme à laquelle nous allons nous livrer

tout à l'heure ; faisons, toutefois, à ce sujet, une réserve très-importante, pour ne pas nous exposer à une objection grave, si nous n'avions pas le soin de la prévoir.

Quand nous disons que la paralysie générale est une forme très-naturelle qui réunit aux phénomènes physiques et anatomiques des phénomènes psychiques toujours les mêmes, nous avons surtout en vue les faits de paralysie générale les plus fréquents et qui seuls, jusqu'à présent, ont été décrits par les auteurs, nous voulons parler des faits de paralysie générale accompagnés de satisfaction, de bonheur, de vanité et d'exaltation, en un mot des paralysies à forme expansive. Il est, en effet, selon nous, une classe de paralytiques, passée jusqu'ici complètement inaperçue, qui présente au contraire des phénomènes psychiques tout opposés, et qui peuvent tous se résumer par le mot de dépression. Nous avons assez fréquemment rencontré de ces paralysies dépressives pour être persuadés qu'elles mériteraient d'être distinguées soigneusement des paralysies expansives qui ont été seules décrites avec soin jusqu'ici. Cette paralysie dépressive ressemble-t-elle à l'autre,

par certains caractères psychiques? A-t-elle une marche plus ou moins rapide? Est-elle plus ou moins grave? A-t-elle des caractères propres qui, quoique différents de ceux de la forme expansive, permettraient de la distinguer et d'en faire aussi une forme naturelle? Telles sont les questions importantes que nous ne pouvons que poser ici, et sur lesquelles nous ne pouvons avoir que des présomptions et non des convictions arrêtées, parceque nous avons plutôt entrevu cette forme, que nous ne sommes à même de la décrire avec détail. Il est donc bien entendu que cette forme étant encore peu connue, ne va pas figurer dans la description que nous allons chercher à vous donner de la paralysie générale, ou du moins n'y figurera que par les traits qui lui sont communs avec la forme expansive, qui seule est connue aujourd'hui et qui seule est décrite par les auteurs. Il est très-difficile d'assister aux premiers débuts de la paralysie générale, parceque cette maladie ne se manifeste ordinairement que par de légers changements dans le caractère et dans la conduite qui sont le plus souvent attribués au caractère normal de l'individu, au lieu d'être considérés comme les effets d'une maladie. Les individus prédisposés à cette forme de maladie

mentale sont fréquemment d'un tempérament sanguin, vigoureux, se livrent à de nombreux excès, soit alcooliques, soit vénériens, et sont au moral violents, emportés, irascibles et assez irréguliers. Ils sont ordinairement d'une grande activité. La folie paralytique est, selon nous, plus rarement héréditaire que les autres espèces de maladies mentales. Elle paraît le plus souvent pouvoir être rattachée à des excès de tout genre, à l'abus de mercure etc, en un mot à des causes physiques appréciables, ce qui explique, d'une manière assez satisfaisante, sa plus grande fréquence chez l'homme et en général dans tous les grands centres de population, tandis qu'elle est rare, au contraire, dans les campagnes et dans les pays où la vie est calme et exempte des abus des grandes cités. Les premiers signes de cette maladie consistent principalement dans un besoin plus grand d'activité, qui se manifeste sous les formes les plus variées, suivant les habitudes et les positions des individus. Les malades, pleins de confiance en eux-mêmes dans leurs forces physiques et morales, veulent se livrer à de grands travaux, faire des

spéculations gigantesques, entreprendre des voyages lointains: ils s'abandonnent alors à des écarts de tout genre, boivent et mangent outre mesure, se livrent à tous les excès imaginables, sont sans cesse en mouvement, font des achats considérables, souvent peu en rapport avec leur fortune, font des projets et des châteaux en Espagne, en un mot voient tout en beau dans la nature et dans leur avenir. Jusques là, il n'y a pas encore de véritable délire et comme ces dispositions ne sont souvent qu'une exagération de caractère normal de l'individu, tous ceux qui les entourent, quoique frappés d'une certaine modification dans leur conduite, sont bien loin de soupçonner l'invasion prochaine de la folie, d'autant plus qu'à l'activité musculaire et au besoin incessant de mouvement se joint aussi en général une suractivité intellectuelle qui rend momentanément ces malades plus intelligents qu'ils ne l'étaient auparavant. Mais cet état de suractivité, d'autant plus dangereux qu'il est presque toujours méconnu, ne tarde pas, en général, à faire explosion, d'une manière quelconque, par quelqu'acte saillant, tout à fait extraordinaire, qui donne subitement l'éveil et rend la folie évidente à tous les yeux. Il est bien remarquable, en effet, que dans cette forme de maladie mentale

les prodrômes sont en général de très-courte durée, et que les malades arrivent très-rapidement à un degré de délire, qui, quoique peu apparent dans la plupart des circonstances, est cependant assez intense et assez général pour donner lieu aux actes les plus singuliers et les plus extravagants, aux paroles les plus bizarres et les plus inconcevables. C'est que cette maladie, à peine déclarée, revêt immédiatement des caractères psychiques graves, que nous allons décrire comme appartenant à la première période et que nous regrettons vivement d'être obligés d'énoncer simplement ici d'une manière très-abrégée, parcequ'ils n'ont pas encore été notés par les auteurs et qu'ils sont cependant de la plus haute importance.

A la disposition générale de satisfaction et de confiance en soi, succède ordinairement et assez rapidement un délire déterminé. Le malade, en général, commence par se croire très-fort dans sa profession et se décerne à lui-même le premier rang; puis, petit à petit, et souvent assez promptement, il monte en quelque sorte en grade, et, sortant alors des limites trop étroites de sa position réelle, il s'élance dans les

régions imaginaires et se décerne à lui-même des titres, des dignités et une fortune de plus en plus considérable. C'est ce qu'on a appelé avec raison le délire des grandeurs qui n'existe pas toujours, mais qui est excessivement fréquent dans cette forme de maladie mentale. C'est ce délire que l'on a décoré ici du titre de monomanie ambitieuse. Et combien cependant ce délire est loin d'être restreint et limité! Cette dénomination, dont nous avons démontré la fausseté dans les diverses formes de délire partiel, est mille fois plus erronée encore lorsqu'il s'agit de la paralysie générale. Quelle différence immense, en effet, entre le délire réputé partiel et la première période de la paralysie générale et les délires vraiment partiels des autres formes de folie! Ici, en effet, point de limite, en quelque sorte, à la création des délires. Chaque idée nouvelle qui surgit dans la tête d'un paralytique est immédiatement admise comme une vérité démontrée et prend droit de cité dans son esprit. La crédulité est extrême et la rupture avec son passé et son présent est telle qu'aucune absurdité ne le révolte, aucune contradiction ne le frappe, aucune évidence ne le modifie. Indifférent à tout ce qui n'a pas de rapport avec sa position imaginaire, il vit au jour le jour, presque sans souvenir du passé, sans souci

aucun de l'avenir, le plus mauvais prétexte suffit pour le calmer ou le convaincre, la plus simple assertion pour obtenir son assentiment, le mobile le plus insignifiant pour le diriger et le conduire. Complètement changé dans ses rapports avec le monde extérieur, il n'aperçoit pas des choses qui sont tout à fait saillantes pour une personne saine d'esprit, et la ruse la plus grossière suffit pour le tromper. Il devient ainsi, malgré sa prétention de commandement et de domination, le jouet et la victime du premier venu qui veut l'exploiter..

Ajoutons, à ce tableau général du fond de la maladie, que le paralytique, à cette période, comme d'ailleurs dans les périodes subséquentes, a deux sortes d'idées fixes: les unes, prédominantes et durables, persistent souvent pendant plusieurs mois, mais finissent ordinairement cependant par disparaître, pour être remplacées par d'autres idées ayant le même caractère de stabilité; les autres se renouvellent et se remplacent continuellement dans l'esprit; elles ne séjournent en général que quelques jours dans la tête du paralytique, idées de circonstances en quelque sorte, qui sont aussi facilement abandonnées qu'elles ont été facilement acceptées.

Après un semblable tableau, qui n'a cependant rien d'exagéré, personne assurément n'oserait conserver à un tel état le nom de monomanie. Et combien il lui convient moins encore, à mesure que la maladie progresse ! C'est, en général, après la manifestation de ces divers symptômes psychiques que l'on voit apparaître les premiers indices encore vagues de la paralysie ; elle commence à se manifester par une légère hésitation dans la parole, un léger bégaiement sur certaines syllabes, et un besoin de respirer et de suspendre l'articulation des sons avant certaines syllabes ou certaines lettres. Cette légère paralysie de la langue qui n'est souvent saillante que pour un observateur exercé, et qui le plus souvent passe inaperçue de la plupart des médecins, est en général accompagnée d'un léger tremblement de la lèvre supérieure et de légers spasmes de la face, qui eux-mêmes indiquent souvent le début de la paralysie générale avant que la paralysie de la langue ne se soit révélée. C'est ordinairement à cette époque que les malades sont transportés dans les asiles d'aliénés ; le plus souvent, avant leur entrée, ils se sont fait remarquer par quelque acte extravagant et même dangereux. Entraînés par le besoin de mouvement et par une activité exubérante, ils ont dissipé une partie de leur fortune, se sont livrés à des spéculations,

ou à des entreprises gigantesques, ou bien ils ont accompli des voyages plus ou moins lointains, sans un but bien déterminé. Dans cette situation, les malades entrés dans les asiles présentent également un grand besoin de mouvement, une grande activité et une satisfaction générale accompagnée d'idées de grandeur plus ou moins nombreuses, et plus ou moins fixes. Ils sont ordinairement très-riches, dépensent des millions avec une extrême prodigalité, habitent des palais ornés d'or et de pierreries, doivent épouser des princes ou des princesses et bientôt arriver à la suprême magistrature. Rien ne fait obstacle à leurs désirs, et l'idée d'une force physique exubérante s'unit à leur force morale exaltée pour leur donner la plus haute idée d'eux-mêmes. Ils ont ordinairement les talents les plus vrais; ils savent le dessin, la musique, et le plus souvent ils passent une partie de leur temps à faire retentir les échos de leur voix qu'ils trouvent magnifique, alors même qu'elle est fausse et discordante.

A ces caractères du délire des grandeurs et de fortune notés par tous les auteurs, viennent se joindre d'autres caractères psychiques extrêmement importants,

et qui ont été jusqu'ici passés sous silence. Ces caractères ne sont que l'exagération de ceux que nous avons déjà notés en parlant de la première période. Ils peuvent tous se résumer dans une facilité extrême à admettre les idées les plus absurdes qui surgissent dans leur esprit et dans une inaptitude à sentir les contradictions les plus révoltantes, les plus saillantes. Ces malades, d'ailleurs complètement indifférents à leur passé et à leur avenir, sont tout entiers à l'impression actuelle, et rien n'est facile comme de les détourner par un simple mot des déterminations auxquelles ils semblent devoir prendre le plus grand intérêt. C'est ainsi, par exemple, qu'ils demandent très-souvent à sortir de l'établissement, mais qu'au lieu de mettre à la poursuite de ce but toute la ténacité et toutes les ruses que l'on rencontre si souvent dans les ~~asiles~~ délires partiels, ils perdent facilement de vue cette idée, et l'oublient avec une rapidité vraiment surprenante. On conçoit aisément combien ces conditions générales de l'intelligence, qui malgré sa suractivité apparente, dénotent déjà évidemment un affaiblissement si notable des facultés, doivent entraîner des conséquences erronées et délirantes dans le langage et la conduite de ces malades, et combien doit être multiple et étendu un délire caractérisé par une

perturbation aussi profonde des lois normales de l'intelligence. Il serait du plus haut intérêt de pousser plus loin cette analyse et de décrire avec soin, à l'aide d'exemples nombreux et frappants, ces diverses conséquences telles que les fournit l'observation directe de ces malades; mais le temps nous manque évidemment pour entreprendre aujourd'hui un semblable travail, et nous avons dû nous borner à vous signaler brièvement ici les caractères généraux du délire des paralytiques qui n'ont pas encore été notés dans la science.

En même temps que ces malades se livrent avec une activité d'esprit vraiment extraordinaire à toutes leurs combinaisons imaginaires, à leurs projets fantastiques, s'abandonnent avec joie et bonheur à la pensée de leurs nouvelles dignités, de leur fortune et de leurs grandeurs, et pendant que, d'un autre côté, la paralysie de la langue devient de jour en jour plus évidente et se propage lentement à diverses parties du corps et en particulier aux membres inférieurs, de nouveaux éléments viennent s'ajouter à la maladie et lui donner une nouvelle physionomie. Des paroxysmes d'agitation surviennent de temps en temps et

transforment, comme on dit vulgairement, la monomanie en manie; mais cette agitation ressemble en réalité aussi peu à la manie ordinaire, que la prétendue monomanie de la première période ressemble peu aux simples délires partiels.

Les paralytiques, à cette seconde période, sont sujets à deux sortes d'agitations bien différentes que nous caractériserons, en appelant l'une agitation silencieuse et l'autre agitation bruyante.

Dans la première, qui est presque l'état habituel de ces paralytiques, ces malades, poussés sans cesse à un mouvement automatique, remuent tout ce qui se présente autour d'eux, renversent machinalement tout ce qui se trouve sur leur passage, déchirent, frappent sans but, s'approprient et cachent sans intention de voler tout ce qui tombe sous leurs mains, et sans méchanceté, comme sans violence, et se livrent, en un mot, continuel=:lement aux mouvements les plus irréguliers et les plus désordonnés; les paralytiques sont alors les malades les plus incommodes et les plus désagréables que l'on puisse rencontrer, portent le désordre partout où ils se trouvent, malgré la plus stricte surveillance

dont on les entoure.

L'autre genre d'agitation, qui est plus rare et se produit comme par accès, à intervalles très-irréguliers, est celle que l'on a comparé à la manie et qui, en effet, présente plusieurs analogies avec cette espèce de maladie mentale; mais combien cette agitation diffère de celle des maniaques. Chez ces derniers, en effet, l'agitation et l'activité des mouvements sont le plus souvent le résultat d'une véritable fermentation des idées. Les idées sont nombreuses, vives et animées et le désordre tient beaucoup plus à la rapidité de succession qui empêche de comparer ces idées entre elles pour les juger, qu'à l'altération même des facultés intellectuelles. Ici, au contraire, l'agitation est toute instinctive, animale, et ne semble commandée par aucune idée, par aucun sentiment; on pourrait comparer avec plus de raison à l'agitation qui survient, de temps en temps, dans la démence, avec cette différence toutefois qu'ici encore, malgré l'affaiblissement des facultés, il y a réellement plus de véritable activité que dans la démence. Pendant ces paroxysmes qui ordinairement

ne durent pas au-delà de deux ou trois jours au plus, les paralytiques sont dans une agitation excessivement violente qui oblige à les fixer sur un fauteuil de force, et qui n'est, en quelque sorte, que l'exagération de l'agitation que nous décrivions tout à l'heure comme l'état habituel de ces malades pendant la seconde période de leur affection : ils ont un besoin de mouvement qui se fait jour par toutes les issues, par saccades et par mouvements convulsifs : ils vocifèrent, frappent, se remuent en tous sens, se roulent par terre, si on les laisse libres, s'agitent sur le fauteuil, s'ils y sont fixés, et ne cessent un seul instant de marmotter ou de prononcer à haute voix des paroles le plus souvent inintelligibles, qui, au lieu de témoigner, comme chez les maniaques, de l'activité de leur intelligence, témoignent au contraire de son affaiblissement et de sa ruine. Il est une remarque assez importante à faire, c'est que les paroxysmes de ce genre, rares pendant le commencement et le cours de la seconde période de la maladie, vont, au contraire, en augmentant, à mesure que la paralysie progresse et sont très-fréquents pendant toute la troisième période et même jusqu'à la mort.

Pendant que se manifestent chez les paralytiques

les deux ordres d'agitation que nous venons de décrire, tous les autres phénomènes que nous avons décrits précédemment comme appartenant à la première et à la seconde périodes persistent et s'aggravent : disposition extrême à adopter, sans contrôle aucun ; les idées les les plus extraordinaires, les plus absurdes ; à se livrer aux actes les plus extravagants spontanément sans mobile appréciable ; sentiment de satisfaction et de bonheur ; délire des grandeurs ; indifférence pour le passé et le monde extérieur en général ; paralysie de la langue et successivement de diverses parties du corps et en particulier des extrémités inférieures ; désordre et et irrégularité extrême dans la conduite ; besoin continuel de mouvement et affaiblissement progressif de l'intelligence, tels sont les ~~caractères~~ phénomènes qui caractérisent essentiellement cette maladie arrivée à la période d'état, et qui peuvent persister ainsi stationnaires pendant un temps plus ou moins long ou avoir une marche progressive assez rapide. Il est remarquable, en effet, que cette maladie, une fois confirmée, parcourt ordinairement ses périodes plus promptement que les autres formes de maladies mentales

non curables et qu'elle dure rarement au-delà de trois ans. On a vu certainement des exceptions à cette règle générale. C'est ainsi, par exemple, que quelques malades ont pu vivre pendant dix ans avec des signes non équivoques de paralysie et sans que cependant la maladie semblât progresser pendant ce temps d'une manière sensible; mais ce sont là évidemment des exceptions sur lesquelles on ne doit pas compter et l'on peut dire que cette maladie a rarement plus de trois ans de durée, à partir du moment où les premiers signes de la paralysie se sont manifestés. Il est important néanmoins de mentionner à cet égard une observation très-surprenante alors même qu'on la voit confirmée par l'expérience de tous les jours, c'est que cette maladie, dont la marche est d'ordinaire uniformément progressive, est susceptible d'éprouver, je ne dirai pas des rémissions, ce qui est fréquent, même à la troisième période, mais de véritables intermittences qui ont souvent une durée de six mois à un an, et ont plusieurs fois donné le change et fait croire à une guérison radicale d'une maladie dont la terminaison est considérée avec raison comme presque toujours mortelle.

Il nous arrive de temps en temps, en effet, dans nos hospices, de voir des paralytiques, à la troisième période,

éprouver progressivement une diminution notable de tous les symptômes qui caractérisent leur maladie, surtout de la paralysie, et quelquefois même d'en renvoyer dans leurs familles, ne conservant presque plus de lésion des mouvements de la langue et reconnaissant toute la fausseté de leurs idées délirantes. Mais nous sommes loin d'avoir confiance dans de semblables guérisons que nous avons, pour le dire en passant, plusieurs fois obtenues par l'application du cautère actuel à la nuque.

Dans ces cas, d'ailleurs fort rares, compara:tivement au grand nombre de paralytiques, la guérison ou plutôt l'intermittence, dure rarement au-delà de plusieurs mois, et ces mêmes malades reviennent alors dans les asiles avec les mêmes symptômes qu'ils présentaient auparavant et marchent ensuite, plus ou moins rapidement, vers la terminaison fatale de cette forme d'affection mentale.

Quoi qu'il en soit, une fois arrivés au degré qui caractérise la seconde période que nous venons de décrire, on voit chez ces malades la paralysie augmenter d'une manière vraiment effrayante et présenter souvent

des accès épileptiformes. Les convulsions générales, avec perte de connaissance, apparaissent bien quelquefois à la 2e période, mais c'est alors qu'elles se manifestent le plus habituellement, qu'elles deviennent plus fréquentes, plus intenses, assez intenses, même pour compromettre l'existence. En même temps, les malades qui ont eu pendant tout le cours de leur affection un appétit vorace que rien ne pouvait satisfaire, acquièrent d'ordinaire un embonpoint considérable qui ne fait que favoriser les congestions cérébrales, si fréquentes chez eux. La langue est excessivement embarrassée; ils ne peuvent prononcer une syllabe sans bégayer, et souvent des mouvements pénibles des lèvres et des machoires cherchent à suppléer à la gêne de la langue pour l'articulation des sons; ils commencent à trébucher en marchant, à se laisser tomber, faute de pouvoir maintenir l'équilibre de leur corps, à traîner une jambe et souvent à pencher tout le corps d'un côté, par suite de l'affaiblissement des muscles d'une partie du tronc. Les bras semblent moins atteints que les extrémités inférieures, sans doute parcequ'ils n'ont pas à supporter le poids du corps, mais il est certain qu'il existe, à cette époque, une débilité générale de tout le système musculaire. Les malades, à cette même période, finissent

aussi par laisser écouler involontairement leurs urines et leurs matières fécales ; et enfin, à une dernière période de la maladie, ils ne peuvent plus se tenir debout, contraints de rester constamment couchés sur un lit qu'ils souillent de leurs ordures ; ils finissent ordinairement par périr déplorablement par suite des eschares qui se développent sur leur corps et déterminent, lors de leur élimination, une véritable fièvre hectique ; ils succombent aussi à des pneumonies intercurrentes qui sont très-fréquentes à cette époque de la maladie, soit à cause de la stase du sang résultant du decubitus horizontal, soit à cause de la gene générale de la circulation capillaire. Alors se présente souvent un contraste bien digne de remarque et qui frappe d'étonnement la persistance des idées de grandeur, de fortune, avec l'expression de la joie la plus vive, au milieu de la ruine de toutes les facultés et de la décomposition du corps qui tombe par lambeaux : les mots de millions, de palais, de diamants, de rois, d'empereurs, arrivent encore avec tous les signes de la jubilation et après mille efforts d'articulation sur les lèvres mourantes des fous paralytiques, comme un dernier écho de leurs anciennes préoccupations délirantes.

21e Leçon.

Étiologie de la folie.

11 Février 1867.

11 Février 1867.

Causes en général.

Réflexions générales sur ce que l'on doit entendre par causes de la folie, sur leur mode d'action, sur les causes agissant directement sur le cerveau ou indirectement par l'ensemble de la constitution ou des autres organes, enfin sur le concours habituel de plusieurs causes dans la production de la folie.

Causes prédisposantes divisées en générales et individuelles.

1°. Prédisposition générale:

1°. Nationalité.

Statistiques diverses sur les pays de l'Europe.

Influence de la civilisation.

Augmentation du nombre des aliénés, apparente ou réelle. Arguments pour et contre.

Sexe. Question encore douteuse. Statistiques contradictoires, selon les auteurs et selon les pays. On a cru à la prédominance des femmes, puis à celle des hommes.

Age. La folie se produit à tout age. Rare dans l'enfance; caractères de la folie de l'enfance.

Puberté chez l'homme et chez la femme.

Age adulte. Age critique. Vieillesse.

3° Position sociale. Pas de documents officiels. Les statistiques insuffisantes. Causes diverses dans les classes élevées et populaires. Grandes villes et campagnes. Villes manufacturières. Causes générales notées par Mr Morel.

Emprisonnement cellulaire. Question de la folie des prisonniers. Causes d'erreur de la statistique à cet égard.

4° Influence des saisons. Impossible à apprécier parcequ'on confond la date de l'entrée avec celle de l'invasion réelle de la folie.

5° Influence de la lune.

Prédisposition individuelle :

1°. Hérédité. Le fait général est parfaitement établi, mais il y a les conditions spéciales qu'il faut étudier.

1°. Hérédité nerveuse en général. Transformations par l'hérédité. MM. Moreau, Prosper Lucas et Morel.

2°. Hérédité de toutes les maladies héréditaires qui sont soeurs : rhumatisme, phthisie, cancer, apoplexie, etc, etc. Ceci est exagéré.

3°. Lois de l'hérédité de M^r. Baillarger.

4°. Lois de l'hérédité de M^r. Morel.

5°. Dégénérescences des races. Déformations organiques. Hérédité.

Caractères génériques des individus prédisposés à la folie.

2°. Education. Influence de l'éducation sur le développement de la folie. La part est bien moindre que celle de l'hérédité, mais elle est réelle.

3°. Constitution physique et intellectuelle. C'est la prédisposition congénitale qui peut être propre à un individu en particulier et non héréditaire dans la famille. Signes physiques et moraux de ces constitutions nerveuses prédisposées. Quelquefois cette constitution est

acquise à un certain âge de la vie.

4°. Tempérament : nerveux, sanguin, bilieux et lymphatique. Il n'y a rien d'important à dire là-dessus.

Causes déterminantes ou occasionnelles.

Mode d'action des causes. Lésions cérébrales. Hypérémie. Anémie. Cachexie. Surex:citation nerveuse. Lésions de nutrition.

I. Causes morales.

Ce sont les causes principales.

1°. Passions et émotions, vives ou lentes.

2°. Contention d'esprit.

3°. Colère et frayeur.

4°. Chagrins, émotions lentes, religion, amour.

5°. Emotions lentes et à action prolongée.

Ces causes agissent soit directement sur le cerveau, soit indirectement en déterminant des troubles de la circulation ou de la nutrition ou bien en donnant naissance à d'autres maladies qui réagissent secondairement sur le cerveau. Il y a là une succession de phénomènes s'engendrant

réciproquement et où chaque effet devient cause à son tour.

D'où il suit que les émotions sont d'autant plus à redouter que les individus sont sous l'influence d'un état physique particulier, comme l'époque de la puberté, la grossesse, l'accouchement, l'âge critique.

Causes mixtes.

1º Ivrognerie. Sa fréquence; son mode d'action; ses différences selon les pays; folie; folie chronique dipsomanie; fréquence en Angleterre et en Amérique; sa diminution; ses rapports avec la paralysie générale.

2º Vie orageuse, aventureuse, livrée aux excès et à l'ivrognerie; peines, chagrins, revers, mis à la faim, au froid, à la fatigue et à l'épuisement des forces.

3º Excès sexuels. Action physique et morale tout à la fois; déperdition séminale et luttes, remords, honte, repentir.

Onanisme. Cause de folie et d'incurabilité. Pas de caractère spécial pour ces maladies mentales; cependant plutôt tristesse, affaissement et tendance à la démence.

Causes physiques.

Pas possible aujourd'hui d'établir la prédominance

des causes.

1°. Folies consécutives aux maladies du système nerveux. Méningite, affections cérébrales; apoplexie; plaies de tête; blessures à la tête; commotions.

2°. Influence périphérique.

3°. Hystérie.

4°. Fièvre typhoïde.

5°. Fièvre intermittente.

6°. Pneumonie.

7°. Rhumatisme.

8°. Anémies et cachexies.

9°. Siphylis.

10°. Tuberculisation.

11°. Maladies du coeur.

12°. Pellagre.

13°. Goutte.

14°. Maladies des artères.

Nationalité. Il est difficile d'établir des données comparatives entre les différents peuples de l'Europe, même dans un même pays d'une époque à une autre.

En Allemagne, les statistiques sont très-variables, selon que l'on compare tel pays à tel autre et selon que l'on comprend dans les statistiques les idiots ou qu'on les exclut. On estimait autrefois la moyenne des aliénés à 1 sur 1,000 habitants; mais il serait plus juste de dire 1 sur 500. D'après Mr. Lachr, en 1852, les asiles d'aliénés de toute l'Allemagne contenaient 11,622 aliénés.

En France, les anciennes statistiques comptaient 1 aliéné sur 1,900 habitants ou plutôt 1 sur 1,000. En 1852, on a trouvé 1 sur 800.

La statistique de Mr. L   donne 30,000 aliénés dans les asiles de France actuellement (en 1861.)

Causes physiques.

Les tableaux statistiques produits ne peuvent servir à déterminer la prédominance des causes physiques sur les causes morales, parceque ces délimitations sont trop vagues et trop incomplètes. Les causes peuvent agir isolément, mais la plupart du temps elles se mélangent et l'on ne peut faire la part de l'une et de l'autre.

1º Folies consécutives aux maladies du système nerveux.

Maladies du cerveau. Méningite aiguë devenant

chronique. Affections diverses qui déterminent l'épilepsie et consécutivement la folie.

Foyers apoplectiques qui se généralisent.

Plaies de tête: Commotion du cerveau, fracture du crâne, épanchement sanguin, perte de substance cérébrale.

Dans les blessures violentes, quelquefois tout à coup; d'autres fois, long temps après et la relation de cause à effet est alors difficile à saisir.

Alors il se forme hypérémie, exostose, exsudation de fausses membranes etc etc.

On apprend souvent des parents qu'il y a eu autrefois une blessure à la tête, chez les aliénés admis dans les asiles.

Ebranlement cérébral; travail du Dr. Schlager (lésions de l'intelligence consécutives à l'ébranlement du cerveau (Vienne 1857.)

Carie du rocher et otite interne..

Insolation, par surexcitation nerveuse ou en déterminant une hypérémie cérébrale.

Lésion ou blessure d'un nerf périphérique ou affection des sens; surdité; blessure légère à l'oeil

chez une hystérique. Mr Foville rapporte des faits d'individus devenus aliénés par lésions de la 5e paire ou du nerf auditif. Esquirol cite un accès de manie consécutif à une impression vive de l'odorat.

Irritation du tœnia et des vers intestinaux sur l'intestin.

Irritation centrale provenant d'une douleur très-vive des extrémités.

Névroses spinales et en particulier l'hystérie. Passage brusque de la lésion du point du système nerveux au cerveau. La folie peut alors alterner avec d'autres affections nerveuses. Ex: une contracture du muscle sterno mastoïdien qui alternait avec la mélancolie. Autre ex: cité par Brodie d'une folie alternant avec un état névralgique de la colonne vertébrale.

Hystérie. Affection générale du système nerveux, entraînant souvent des troubles intellectuels plus ou moins prononcés.

Caractère hystérique; manie hystérique: folie chronique des hystériques. Hystérie chez l'homme.

Maladies générales fébriles: Fièvre typhoïde; fièvres intermittentes, choléra; exanthèmes aigus, pneumonie;

rhumatisme aigu sont les maladies qui la provoquent le plus souvent.

Fièvre typhoïde : Surtout dans la convalescence ; idées fausses ou hallucinations qui persistent.

Délire fragmentaire. Retour lent des fonctions cérébrales à l'état normal. Mais il y a aussi des cas de folie chronique débutant pendant la convalescence des fièvres typhoïdes, généralement sous la forme de la mélancolie aboutissant à la stupeur : ceci se transforme ensuite en manie, puis en démence et alors c'est incurable. Tous les auteurs qui ont écrit sur la fièvre typhoïde ont noté ces faits. Ce n'est pas là une hypérémie cérébrale ; c'est une lésion de nutrition.

Fièvres intermittentes. Depuis Sydenham on a remarqué la liaison avec la folie. Dans certains cas, ce ne sont que des accès de fièvre larvée, type rémittent, puis la folie devient chronique. Enfin, des états de folie chronique survenant dans la convalescence des fièvres intermittentes. Baillarger. Pigmentation du cerveau par Griesinger.

Choléra. Tantôt délire passager, tantôt

accès de manie; quelquefois accès de mélancolie. Pronostic favorable. Voir Delasiauve et Neumann.

Pneumonie. Indépendamment du délire aigu, il y a le délire chronique. Griesinger en cite des observations. Thore en parle dans ses maladies incidentes.

Rhumatisme. Diverses variétés de rhumatisme cérébral. Alternance avec les lésions des articulations et les maladies du coeur. Guérison par le retour du rhumatisme. Observation de Mesnet; guérison par le sulfate de quinine.

Goutte. Les relations sont peu connues; Legrand-du-Saulle. Enfin, variole, rougeole, érysipèle et angines aiguës.

Maladies constitutionnelles chroniques. Au premier rang tous les états d'épuisement et d'anémie consécutifs à une perte de sang considérable; grandes hémorrhagies; accouchements. L'anémie joue un grand rôle dans la production de toutes les maladies nerveuses et mentales. Les anciens avaient raison de dire qu'elles étaient de nature asthénique. C'est dans cette catégorie qu'il faut ranger les folies consécutives aux maladies aiguës. Mauvaise nourriture et misère sont des formes de

l'anémie et de la cachexie.

<u>Siphylis</u>. Elle détermine la folie par les troubles de nutrition dans le crâne, le cerveau et ses membranes. Les affections sont des périostites. Griesinger a cité un cas de méningite siphylitique dans son travail sur le diagnostic des maladies du cerveau (Arch. der heilkunde 1860).

<u>Cachexie tuberculeuse</u>. Cause du développement des maladies mentales. On envoie souvent dans les asiles d'aliénés des tuberculeux ayant un délire accidentel; mais indépendamment de cela il y a des folies vraies survenant dans le cours de la tubercu=lisation, l'enrayant ou bien suivant parallèlement son développement. Tous les cas sont possibles alors comme pour la grossesse. La folie qui se développe dans le cours de la phthisie a-t-elle des caractères particuliers comme l'ont dit Jacobi ou Neumann? C'est douteux.

<u>Folie pellagreuse</u>. Mr Baillarger et Billod: cachexie générale; diarrhée; phénomènes nerveux. Est-ce cause ou effet? L'une précède-t-elle l'autre? Rapports avec la paralysie générale.

Affections du coeur. On a beaucoup exagéré leur fréquence. Nasse, ainsi que les anglais et les américains. Les maladies du coeur sont plus rares qu'on ne pense chez les aliénés.

Maladies des artères. (Artérite chronique, sclérose, dégénérescence graisseuse.). Une partie de l'action rapportée aux maladies du coeur doit être attribuée aux maladies des artères, surtout des capillaires du cerveau, entraînant une anémie locale, par rétrécissement des parois et lésion de la nutrition cérébrale.

Emphysème pulmonaire; influence douteuse.

Maladies de l'abdomen. Appréciation très-difficile de leur influence.

Maladies du foie, engorgements, infractus intestinaux, stase dans la veine porte, hémorrhoïdes. Ces faits sont fréquents, mais sont des symptômes et il est difficile de prouver qu'ils sont causes. Il y aurait là des études utiles à faire, de même que sur l'état du système nerveux ganglionnaire.

Folie déterminée par le toenia ou la présence des vers. On l'admet pour l'épilepsie; cela peut être pour la folie, mais on a plutôt cité des exemples de

névroses protéiformes (Ex : le fait cité par Morel, Etudes cliniques.)

Maladies des reins. Influence peu connue : il n'y a pas lieu de ranger dans la folie les accidents cérébraux de la maladie de Bright. Neumann a cité un exemple de folie chez un diabétique.

Maladies de la peau. Action problématique ; on admettait autrefois les répercussions d'exanthèmes, mais c'est difficile à démontrer aujourd'hui.

Maladies des organes génitaux. Ici l'influence est bien plus évidente : considérable dans les deux sexes.

Epoque de la puberté : folie infantile : accidents épileptiformes ou choréiformes ; états de somnambulisme.

La non satisfaction des désirs ou la continence produit rarement la folie. Cependant, surtout chez les femmes, cette cause à une certaine action et s'ajoute à d'autres. La folie a alors pour caractère que le penchant réprimé fait explosion, soit sous forme idéale ou sexuelle.

Sexe masculin. Pertes séminales involontaires.

Lallemand: maladies locales des organes génitaux; pollutions; orgasme; conséquences ultérieures: mélancolie, hypochondrie, suicide. Mr. Lisle a cité des exemples et l'on a vu souvent la guérison survenir par un traitement local. Malaise physique irrégulier; perversion mélan=colique; sensibilité exagérée: Examen microscopique est le seul moyen de diagnostic.

Chez les femmes.

Menstruation.

22e Leçon.

15 Février 1867.

Anatomie pathologique et pronostic de la folie en général.

15 Février 1867.

Énumération des principales lésions, trouvées à l'autopsie des aliénés.

Crâne. Vices de conformation du crâne, surtout dans l'idiotie et le crétinisme.

Microcéphalie; étroitesse du crâne; diminution considérable du diamètre antéro postérieur: asymétrie; ossification précoce des sutures; rétrécissement partiel ou unilatéral; macrocéphalie produite par une hydropisie des ventricules survenue dans le jeune âge.

On a dit que les difformités du crâne étaient le principal moyen par lequel se transmettaient héréditairement les maladies mentales. Déformations artificielles signalées par Mr. Foville en Normandie et étudiées depuis par Mr. Morel. Tête allongée, pointue, cylindrique, pour maintenir le bonnet.

Épaisseur et texture des os du crâne constatée par tous les observateurs. Greding a vu sur 216 autopsies 167 fois une épaisseur notable et 38 fois un amincissement.

Cette augmentation de volume du crâne est due soit à une abondance plus grande du diploé, soit à une augmentation de densité (sclérose du tissu osseux). Elle résulte d'un excès de nutrition, provenant d'un travail d'inflammation aiguë ou chronique amenant le dépôt successif de nouvelles couches osseuses. Cette lésion se fait aux dépens de la cavité du crâne et des fentes livrant passage aux vaisseaux sanguins; d'où résultent des troubles dans la circulation cérébrale. Ces troubles de la nutrition des os du crâne ont donc toujours une influence sur la circulation et la nutrition de l'encéphale. Ces scléroses ont surtout lieu chez les idiots et les épileptiques.

On observe quelquefois des enfoncements des os du crâne provenant de blessures anciennes, des cicatrices osseuses, traumatiques ou syphylétiques.

Dans beaucoup de cas, chez les aliénés comme chez les épileptiques, il y a des ostéophytes sur la face interne du crâne; parfois aussi de petites exostoses, des tumeurs ou lames osseuses sur les faces externes ou internes du crâne, indiquant un travail inflamma=:toire antérieur. Enfin, fréquemment, il y a des

adhérences isolées ou plus étendues de la dure mère avec le crâne et qui ont aussi une origine inflammatoire.

Dure mère. Les adhérences sont presque la seule lésion de la dure mère. D'autres fois, épaississement, ou bien tension exagérée et relâchement anormal. Quant aux altérations de la face interne de la dure mère, elles appartiennent à ce qu'on appelle le feuillet pariétal de l'arachnoïde.

Larrey (Clin. 1.T, p. 329) avait signalé l'ossification précoce des sutures crâniennes comme cause prédisposante de la mélancolie suicide. Aujourd'hui on la regarde comme cause immédiate des difformités du crâne et du rétrécissement de la cavité crânienne, et les recherches récentes (Wirchow, O. Stahl et Seifert) ont montré que cette déformation exerce une influence sur le développement des maladies mentales.

Vaisseaux de la cavité crânienne. Dans un grand nombre d'autopsies, on a trouvé la rigidité des artères avec dégénérescence athéromateuse, où leur ossification à divers degrés. A. Hanwell,

sur 94 autopsies, on a trouvé 37 cas d'athérome des artères cérébrales. Il est probable que la même dégé=
=nérescence existe dans les artérioles du cerveau : ces vaisseaux sont souvent rétrécis par des dépôts de tissu cellulaire de nouvelle formation dans leurs parois, ou envahis par de la matière graisseuse, ou bien dilatation anévrysmale microscopique, ou dilatation plus générale.

On a lieu de soupçonner ces lésions quand on constate la rigidité des artères externes et par ex: de la temporale. Elles ont d'autant plus de signification qu'elles existent chez des sujets plus jeunes.

Larrey avait déjà signalé l'ossification des artères cérébrales chez les nostalgiques et les mélancoliques. Muller a trouvé une infiltration calcaire des artères cérébrales chez un enfant de 12 ans qui s'est suicidé.

Quant aux cas de thrombose des sinus cérébraux trouvés dans quelques autopsies, ils résultent d'une complication ultime et sont liés à l'infection purulente. Pourtant, cette thrombose, survenant lentement et d'une manière chronique, peut jouer un rôle dans la production des maladies mentales.

Arachnoïde. Une des lésions les plus fréquentes

est l'opacité et l'épaississement : dans toutes les folies anciennes cette lésion a été notée, mais surtout dans la démence paralytique. Elle est le résultat d'une hypérémie ancienne et prolongée et d'une stase sanguine inflammatoire. Aussi est-elle accompagnée de l'augmentation de volume des granulations de Pacchioni, dans tous les cas de congestion habituelle de la tête, comme chez les buveurs d'eau-de-vie.

Les produits d'une ancienne inflammation peuvent s'ossifier. Concrétions osseuses à surface grenue et rugueuse. Adhérences anormales avec la pie mère et la substance cérébrale, ou bien avec la dure mère et le crâne. Souvent, confusion complète de toutes ces couches membraneuses ; souvent granulations fines à la surface extérieure de l'arachnoïde simultanément avec épaississement des os du crâne, opacité et épaississement de la pie mère et atrophie cérébrale.

Hypérémie de l'arachnoïde, sous forme d'ecchymoses. Inflammation du feuillet pariétal décrite par Virchow sous le nom de <u>Pachyméningite</u>

interne et qui s'accompagne de formation de pseudomembranes plus ou moins solides, ou d'un dépôt mou, presque muqueux, mêlé de points sangui=
=nolents et d'une tuméfaction aiguë du tissu cellulaire.

Contenu de la cavité de l'arachnoïde.

Fréquemment, épanchement considérable de sérosité, tantôt produit par hypérémie habituelle et varicosité des vaisseaux, tantôt résultat consécutif de l'atrophie cérébrale. Alors, toujours en même temps, épaississement des membranes et infiltration de la pie mère.

Epanchements spontanés de sang dans la cavité de l'arachnoïde, le plus souvent dans la démence paralytique, dans divers degrés d'affaiblissement intellectuel, et même dans la manie aiguë ou chronique.

Les épanchements s'expliquent par des mécanismes différents, par exhalation, inflammation ou ruptures de vaisseaux.

Enfin, il y a des hémorrhagies sous arach=
=noïdiennes qui se font par un autre mécanisme; elles sont traumatiques ou liées à la diathèse hémorrha=
=gique générale. L'hémorrhagie vient de la pie mère,

et le sang se propage avec le liquide cérébro spinal dans les ventricules et le canal médullaire.

<u>Pie mère et couche corticale</u>. Ces lésions sont liées d'une manière si intime qu'il faut les décrire simultanément.

I. Hypérémie de la pie mère qui existe aussi plus ou moins dans la couche corticale. On en a exagéré l'importance; on a considéré comme pathologique une simple injection légère des vaisseaux, ainsi que des altérations purement cadavériques. Néanmoins, dans beaucoup de cas, on peut admettre qu'il y a eu, pendant la vie, réplétion exagérée du système vasculaire.

Il y en a de deux espèces:

1°. Dans la manie intense et rapidement mortelle, il y a hypérémie considérable de la pie mère et de la couche corticale. Dans cette dernière, elle se présente sous forme de coloration rouge offrant des nuances différentes.

2°. Le second mode d'hypérémie est le mode chronique et il appartient surtout à la démence paralytique. La lésion porte sur les

vaisseaux veineux gros et petits : ils sont variqueux et présentent des sinuosités anormales : il y a en même temps épaississement et œdème de l'arachnoïde et de la pie mère. Cette forme d'hypérémie est lié à un degré plus ou moins considérable d'atrophie cérébrale (hypérémie ex vacuo.).

II. Anémie de la pie mère et de la substance corticale ; pâleur notable de l'encéphale, lié souvent à une anémie générale : On peut rattacher les lésions à une nutrition insuffisante et anormale du cerveau.

Le résultat de ces lésions est l'opacification chronique et l'œdème de la pie mère. On l'observe surtout dans les formes chroniques et secondaires avec affaiblissement intellectuel.

III. Inflammation de la pie mère et de la substance corticale : épaississement des membranes sous jacentes qui contractent des adhérences entre elles, ramollissement de la substance grise sous jacente, transformations que subit le tissu ramolli, enfin adhérence de la pie mère avec la couche corticale. On observe rarement ces lésions dans la manie de la mélancolie ; cependant on peut la trouver dans la manie aiguë : le tissu cérébral est

spongieux et présente une coloration violette ou lie de vin ; plus tard, atrophie avec racornissement de la substance cérébrale. Les ramollissements de la substance grise sont souvent difficiles à reconnaître. Détails de cette inflammation à divers degrés, empruntés à Calmeil, Parchappe et les travaux allemands.

C'est surtout la couche moyenne qui est ramollie, tend à disparaître et ce travail finit par une atrophie. Les études microscopiques de R et autres ont démontré que le gonflement du tissu cellulaire est le principal résultat de l'inflammation. Ces lésions se trouvent dans la démence simple et dans la démence paralytique.

Substance cérébrale.

1° Volume et consistance du cerveau. Dans quelques cas, chez les aliénés et les épileptiques hypertrophie du cerveau. En ouvrant le crâne, on ne peut plus le mettre en place. Scipion Pinel a trouvé cette lésion chez des déments paralytiques. L'hypertrophie de certaines maladies cérébrales organiques est très-rare dans les maladies mentales.

Une lésion plus fréquente est l'atrophie

cérébrale, tantôt primitive (marasme sénile), tantôt précoce avec affaiblissement intellectuel. Elle porte sur les circonvolutions et en partie sur la substance corticale; elle est alors la conséquence d'une inflammation antérieure de ces parties, d'une hypérémie prolongée ou de la compression résultant d'un épanchement sanguin ou autres, comme le poumon s'atrophie par suite des fausses membranes ou d'un épanchement de la plèvre.

Circonvolutions plus minces qu'à l'état normal; l'atrophie existe d'une manière inégale, surtout sur les lobes antérieurs. Substance grise réduite de volume; coloration brunâtre, lie de vin ou griseâtre; souvent dissocié et sans consistance, mais plus souvent dure et racornie. Substance blanche d'un blanc sale, coriace comme du cuir, se fronçant quand on la coupe, souvent état poreux, aspect criblé; la substance celluleuse présente le gonflement spécial découvert par Rokitanski; elle s'indure et se rétracte et prend la place des éléments qui ont disparu. On y trouve des masses colloïdes, des corps amylacés; les canicules nerveux sont interrompus, ratatinés. Les espaces vides de la cavité du crâne sont remplacés en partie par l'hypertrophie du crâne, en

partie par l'épaississement des membranes et surtout par l'épanchement de sérosité dans les lames de la pie mère (œdème de la pie mère), dans la cavité de l'arachnoïde et dans les ventricules. Le vide de la cavité crânienne amène souvent des épanchements sanguins ; certaines apoplexies de l'arachnoïde proviennent de cette cause

Les atrophies générales ou circonscrites existent surtout dans la démence secondaire, ou à la suite d'exaltation antérieure ou d'attaques répétées de delirium tremens. Parchappe a trouvé sur 122 autopsies de folie chronique, la diminution des circonvolutions dans la moitié des cas, et une seule fois sur 38 cas de folie récente. Mais ces atrophies profondes de la couche corticale et de la totalité du cerveau, se trouvent surtout dans la démence paralytique.

<u>Durcissement et sclérose de la substance cérébrale</u> n'est autre chose qu'une tuméfaction du tissu connectif avec formation d'un véritable tissu cellulaire et atrophie plus ou moins considérable de la substance cérébrale. La substance médullaire

à la consistance d'un œuf cuit dur, et offre une résistance analogue à celle du caoutchouc : couleur blanc sale, gris de plomb, non mélangée de points sanguinolents ; malgré la dureté du cerveau, les fibres ne sont pas reconnaissables. Quelquefois traces d'ancien foyer apoplectique, cavités remplies de serums analogues aux trous du fromage. Cette augmentation de densité du cerveau dans les diverses formes de la démence.

Etat du sang contenu dans le cerveau. Hypérémie générale du cerveau dans certains cas de folie récente ; (turgescence générale, coloration rouge foncé de la couche corticale, coloration rosée de la substance blanche) qui peut amener promptement la mort dans la manie aiguë, après avoir produit le coma apoplectiforme.

Mais ce qui est plus fréquent, c'est l'hypérémie limitée de la pie mère et de la substance corticale de la convexité. Quand cette maladie a duré long temps, l'atrophie cérébrale en est la conséquence. Quelquefois dans la substance blanche, taches marbrées de couleur rose, violette ou lilas, ainsi qu'exsudats et produits d'inflammation.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence

de l'apoplexie chez les aliénés. La plupart (Esquirol, Georget, Guislain, Jacobi, Fr Hoffmann) la trouvent rare. Webster au contraire a noté sur 72 autopsies 13 cas d'épanchement sanguin dans le cerveau. On trouve assez souvent des foyers sanguins anciens dans le cerveau des aliénés chroniques.

Sérosité. Etoc Demazy a attiré l'attention sur l'œdème du cerveau (1833). Avec Scip. Pinel, il le regarde comme caractéristique de la mélancolie avec stupeur; mais l'œdème cérébral n'est pas constant dans cette forme mentale. Chez les aliénés on trouve l'œdème cérébral dans des conditions diverses, à la suite de dépression et d'exaltation, mais surtout dans la démence paralytique. Il est lié à l'anémie et à un degré plus ou moins prononcé d'atrophie du cerveau.

E. Ventricules et parties internes.

Dilatation des ventricules (hydrocéphalie chronique) est un fait fréquent. Elle survient dans le cours de la folie, s'accompagne d'une diminution de volume de la masse cérébrale et d'une altération de la surface des ventricules. Le plus souvent cette dilatation des

ventricules est la conséquence de l'atrophie cérébrale.

On l'observe dans toutes les formes de la folie, mais surtout dans la démence. Il est très-rare que l'hydrocéphale chronique soit la lésion primitive; elle est consécutive à d'autres lésions et surtout à l'atrophie du cerveau.

Rétrécissement partiel et raccourcissement des ventricules et adhérence de leurs surfaces, observés fré=quemment chez les aliénés par Greding, Esquirol, Ferrus et surtout Bergmann. Elles sont le résultat d'une légère inflammation de la membrane des ventricules ou épendyme.

Cette membrane est souvent couverte de granu=lations comme chagrinées; il est plus rare d'y trouver des fausses membranes dans la démence paralytique.

Hydatides des plexus choroïdes, assez fréquentes, mais on ne peut y voir une lésion essentielle.

Quelquefois, dans les cas aigus, ramollissement blanc de la surface des ventricules; le racornissement chronique est souvent lié à la dilatation des ventricules et à l'atrophie cérébrale.

<u>Glande pituitaire</u>, fréquemment épaissie avec

tuméfaction des plexus vasculaires, et adhérences de la glande pinéale ou plexus vasculaire du trigone cérébral.

On trouve souvent des altérations de la glande pituitaire elle-même chez les aliénés et les épileptiques.

Cervelet. Jusqu'ici peu étudié : Bergmann a trouvé des altérations de la surface ventriculaire dans le cervelet. Mr. Foville a souvent noté des adhérences de la pie mère et du cervelet. Arnold, Stolz et Mr. Lélut ont noté diverses lésions du cervelet.

Résumé général. Nous n'avons pas parlé des dégénérescences profondes (cancer, tumeurs de la base du crane, tubercules, hydatides, parasites) parcequ'elles se rencontrent rarement dans les asiles d'aliénés. Elles produisent sans doutes des troubles intellectuels et surtout de la démence, mais seulement dans leurs dernières périodes. Aussi ne considère-t-on pas ces maladies comme appartenant à la folie.

On a pu même poser en principe que les lésions les plus légères du cerveau engendraient la folie, tandis que les plus volumineuses ne donnent

lieu qu'à des troubles des mouvements et de la sensibilité. Cependant, on trouve quelquefois de ces lésions chez d'anciens aliénés.

Après avoir énuméré les lésions trouvées dans le cerveau des aliénés, rangées par organe, il faut chercher à les mettre en rapport avec trois catégories de faits cliniques : 1° Cas aigus, récents, de mélancolie et de manie ; 2° Cas de manie et de mélancolie modifiée, de folie systématisée et de démence ; 3° Cas de démence paralytique.

Lésions trouvées dans les organes autres que le cerveau.

Nous ne parlons pas ici des maladies incidentes qui deviennent causes de mort et qui figurent parmi les terminaisons de la folie. Ce que nous allons dire est pour ainsi dire un complément de ce qui a déjà été dit pour l'étiologie.

Maladies générales.

Anémie.

Fièvre typhoïde.

Choléra.

Epidémies de dyssenterie.

Fièvres intermittentes.

Cancer, rare chez les aliénés.

Tumeur sanguine du pavillon de l'oreille.

Travaux divers.

Maladies des yeux trouvées par Mr. Ludwig à l'aide de l'ophtalmoscope.

Maladies du poumon.

Pneumonie.

Gangrène pulmonaire.

Phthisie.

Affections du coeur. Rares quoiqu'on en ait dit.

Lésions des organes abdominaux.

Entérite chronique donne souvent la mort chez les aliénés.

Rétrécissement du gros intestin.

Déplacement du colon, signalé par Esquirol.

Lésions des ganglions nerveux du grand sympathique. Observation de Rokitanski.

Procidence du rectum, corps étrangers, lésions diverses du foie, de la rate et des autres organes de l'abdomen.

Maladie de Bright, rare chez les aliénés.

Lésions des organes génitaux, chez l'homme

et chez la femme. (prolapsus, hypertrophies, cancers, hydatides). La littérature médicale est riche en faits de ce genre, mais il est difficile d'établir la relation de cause à effet.

15 Février 1867.

Pronostic de la folie.

Deux questions : 1°. la vie est-elle menacée ? 2°. peut-on espérer la guérison ?

1ère question. Les aliénés sont plus exposés à la mort que les autres hommes. C'est ce que Mr. Parchappe a parfaitement établi, d'abord, par suite de la marche naturelle des lésions qui existent dans le crâne ou les autres organes et ensuite par l'effet de maladies incidentes. Tubercules pulmonaires, maladies du coeur.

Maladies cérébrales : hypérémies générales ou partielles : paralysie générale ; oedème cérébral.

Le danger est plus grand dans les premières périodes que dans les périodes chroniques.

La mortalité est plus grande dans les établissements

consacrés aux cas récents que dans les asiles d'incurables. Relevés statistiques à cet égard.

<u>2e Question</u>. A quels signes peut-on juger la curabilité des maladies mentales?

La solution dépend de circonstances particulières et exige une grande connaissance des maladies mentales.

<u>1re circonstance</u>. Forme de la maladie, ou période de la maladie.

Démence; folie systématisée; fixité des idées, délire stéréotypé; formes secondaires presque toutes incurables.

Formes primitives plus curables; manie et mélancolie; cependant, il y a de grandes différences.

La dépression générale plus curable que la monomanie expansive, et l'excitation maniaque plus que les deux autres.

Dans toutes ces formes, l'important est de distinguer si l'on a affaire à un état maladif actif et passager ou bien à un reliquat d'états anciens.

<u>2e circonstance</u>. <u>La durée de la maladie</u>.

Plus la maladie est récente, plus elle peut guérir, et plus elle avance, moins elle a de chances de guérison. Toutes les statistiques sont d'accord à cet égard. Phrase d'Esquirol.

3°. Signes pronostiques tirés de la marche de la maladie.

Maladies à accès avec intervalles lucides est une chose fâcheuse.

Lorsque la maladie s'est développée lentement, elle a une marche toujours lente et la guérison plus difficile. Début brusque meilleur et pourtant il y a à craindre les maladies intermittentes.

Des alternatives irrégulières sont plus favorables qu'une continuité absolument régulière.

4°. Signes particuliers tirés des formes parti=culières de la maladie et des caractères des rémissions ou des accès.

5°. Signes pronostiques tirés de certaines circonstances étiologiques : jeunes sujets. Démence sénile. hommes et femmes.

Folie héréditaire.

Classes élevées ; races particulières. Cas de folie

ayant leur cause dans une constitution spéciale depuis la naissance et s'aggravant successivement.

Affections idiopathiques du cerveau plus graves que les folies sympathiques.

Folie alcoolique aiguë ou chronique.

Folie par onanisme ou abus vénériens.

Folie hystérique.

Folie épileptique.

Folie paralytique.

Folie peurpérale.

II. Chances générales de guérison de la folie, envisagée dans son ensemble.

Les résultats statistiques des divers pays depuis le commencement du siècle sont assez favorables.

Mais que doit-on entendre par guérison?

Il y a l'intermittance et le retour à un état de demi-raison, compatible avec la vie sociale.

Circonstances dans lesquelles la guérison est incomplète ou non durable.

Rechutes.

23.e Leçon.

18 Février 1867.

Thérapeutique physique et morale de la folie en général.

18 Février 1867.

Traitement physique.

Généralités sur les états pathologiques auxquels doit s'adresser le traitement physique (état du cerveau et état des autres organes : état du sang (anémie, pléthore, cachexie) état des organes de la poitrine et du bas ventre, organes génitaux ; état du système nerveux).

Des doses très-fortes des médicaments chez les aliénés.

Le traitement physique est surtout nécessaire dans les cas de folie récente.

Enumération rapide des médications ou médicaments le plus souvent employés.

1° Traitement antiphlogistique.

Emissions sanguines. On y a été conduit par des idées théoriques et on en a beaucoup abusé. Souvent la saignée aggrave les accidents dans la manie, dans le délire alcoolique, dans la mélancolie: elle n'est applicable que dans les cas de méningite aiguë, de pléthore, de congestions, etc.

Grandes discussions sur l'utilité de la saignée, depuis le commencement du siècle. Les médecins ordinaires en abusent beaucoup avant l'entrée des malades dans les asiles. Bedlam, Pinel, Esquirol et leurs successeurs ont été très-opposés à la saignée. Broussais, encéphalite. On est bien revenu de ces erreurs.

Emissions sanguines locales bien plus souvent utiles: sangsues, ventouses scarifiées: même dans la méningite aiguë, elles sont plus utiles que la saignée; elles sont très-utiles dans les congestions intenses au cerveau. Applications de sangsues répétées produisent de bons effets. Ventouses scarifiées sur la tête rasée ou à la nuque. Sangsues derrière les oreilles, aux narines et aux

organes génitaux.

2°. Froid. Dans l'hypérémie cérébrale, avantages nombreux; mais pas sous forme de douches froides violentes que l'on emploie pour calmer les cas de manie récente et qui augmentent le plus souvent l'agitation. Zeller et Jacobi se sont élevés contre cette manière de faire. Elles ne sont utiles que dans des cas de mélancolie avec stupeur. La douche comme moyen de punition est encore employée par quelques médecins et en particulier par Leuret; du reste, il donnait plutôt la douche sur le dos que sur la tête.

Application de la glace ou de compresses froides utile dans des états d'exaltation ou tête chaude et où les artères cervicales battent fortement; cela convient surtout pendant les grands bains tièdes, sous forme de compresses ou de pluie douce. Id. dans les cas d'insolation, de blessures de la tête, d'apoplexie menaçante avec signes de congestion, on emploie avec avantage le froid sur la tête.

Bains. Froids rarement employés surtout chez les jeunes femmes hystériques. Grands bains tièdes sont le moyen le plus souvent usité dans la folie.

généralement d'une demi-heure à une heure, mais dans les cas de folie récente avec grande excitation cela ne suffit pas. Brierre de Boismont. Les bains prolongés ne conviennent pas chez les gens âgés, faibles, cachectiques, chez les épileptiques et chez les paralytiques. On ajoute souvent aux bains du soufre, du fer, des plantes aromatiques.

Hydrothérapie. Selon Griesinger, elle a de grands inconvénients chez les aliénés, mais il généralise trop. Mr. Morel en a tiré un très bon parti. Il dit que cela favorise le développement de la paralysie générale : c'est possible pour les états congestifs, mais la folie n'est pas toujours congestive. Mais l'hydrothérapie peut rendre de grands services dans la mélancolie, surtout avec stupeur, chez les hystériques et hypochondriaques et dans certaines variétés du délire partiel.

On peut employer le drap mouillé, les bains de siège froids, les lotions froides suivies de frictions sèches etc et l'enveloppement.

3°. Irritation cutanée et révulsifs.

Vésicatoires à la tête et aux jambes,

utiles dans la mélancolie avec stupeur et dans la mélancolie en général : M^r. Voisin. Séton dans les folies consécutives, aux blessures à la tête : M^r. Parchappe dans la paralysie générale. Fer rouge ; applications à Bicêtre et à la Salpêtrière par mon père et M^r. Voisin.

Pommade émétisée sur la tête par Jacobi ; dans les cas de folie passant à l'état chronique. On doit employer ce moyen avec beaucoup de précautions, à cause des douleurs très-vives et à cause des érysipèles et phlegmons à redouter. La douleur vive et persistante est un moyen moral utile comme pour le vésicatoire. Guislain a employé la pommade émétisée avec succès comme Jacobi.

4°. Narcotiques. A priori ces moyens semblent très-utiles et très-rationnels ; mais leur action est trop passagère pour être utile dans une maladie préparée de longue date et due à un ensemble de causes ayant agi lentement et successivement.

Opium. Au premier rang, mais il ne faut pas l'employer à petite dose : il faut s'en servir à hautes doses et d'une manière continue. D'abord, un grain

deux fois par jour, puis jusqu'à 5 et 6 grains, pendant plusieurs semaines. Pas de phénomènes d'intoxication, ni de troubles de la nutrition : les selles sont régulières, le sommeil bon et les symptômes d'irritation cérébrale diminuent. Beaucoup de cas de guérison dans la folie récente, chez les sujets jeunes et principalement chez les femmes : Mélancolie agitée mais non avec stupeur : folies puerpérales et delirium tremens. Traitement des frères Engelken. Guislain, Michéa, Zeller, etc. Morphine moins utile que l'opium.

Digitale. Souvent employée dans les états d'excitation et dans la manie, dans les cas de troubles de la circulation, de choc violent du cœur, de grande fréquence du pouls, de lésions organiques du cœur, (aussi bien dans la mélancolie que dans la manie.)

On peut en continuer longtemps l'usage et l'associer aux   . Les doses élevées amènent souvent les vomissements. On l'emploie dans la paralysie générale. Elle augmente l'excitation génitale.

<u>Anesthésiques</u> semblaient promettre beaucoup (Ether, Chloroforme) et l'on obtient en effet quelques guérisons dans la mélancolie agitée. Mais le plus souvent simple suspension passagère de la manie ou de la mélancolie, simple intervalle lucide, mais la folie reparaît bientôt. L'éther en lavement calme certaines excitations nerveuses.

<u>Acide prussique</u> (laurier cerise, amandes amères) quelquefois utile contre l'agitation des mélancoliques. Action sédative surtout marquée chez les femmes.

<u>Datura stramonium</u>, très-employé autrefois, a été de nouveau employé par Moreau (de Tours) et Billod, contre les hallucinations. On le donne à doses élevées, jusqu'à phénomènes d'intoxication.

<u>Belladone</u> peu usitée aujourd'hui est surtout ordonnée contre les hallucinations de l'ouïe et de la vue. Les deux moyens sont contre indiqués dans les cas d'hypérémie cérébrale.

<u>Quinine</u> utile dans les formes régulièrement intermittentes : utile également contre les névralgies qui peuvent favoriser le développement des idées délirantes.

<u>Haschisch</u> a été encore employé depuis Mr. Moreau (de Tours).

Spiritueux doivent être évités chez les aliénés, surtout dans les cas de folie récente et dans la convalescence. On ne doit les employer que dans les cas d'affaiblissement précoce de l'intelligence avec infiltration séreuse, chez les buveurs d'eau-de-vie.

Tabac à fumer ou à priser. Les aliénés en font un grand usage et en général ce n'est pas nuisible. Cependant, on doit l'éviter dans la paralysie générale commençante.

5.° *Purgatifs*. Agir sur le tube digestif est très-utile, d'autant plus que la constipation est fréquente, mais le régime avec quelques lavements est ce qu'il y a de meilleur.

Les purgatifs utiles dans les cas de congestion à la tête et d'inflammation cérébrale. (Dans ces cas, surtout des purgatifs rapides : huile de croton) Sené, rhubarbe et purgatifs salins. Usage prolongé des laxatifs doux dans les cas chroniques. On doit proscrire en général les drastiques.

Emétique, chez les mélancoliques et dans la folie puerpérale ; employé à dose nauséeuse comme moyen moral, en substituant à l'état maladif une

sensation physique désagréable. La fatigue qui résulte de ce médicament peut aussi calmer l'agitation maniaque. A doses élevées, c'est un moyen barbare et qui souvent détermine des pustules buccales et stomacales.

6°. Excitants. Parmi les excitants à action spéciale, on peut citer surtout le camphre indiqué dans les cas d'excitation sexuelle et dans la folie puerpérale. Essais tentés sans succès avec le musc, le phosphore, l'arnica, n'ont pas réussi.

7°. Rafraîchissants souvent indiqués : sel de nitre, vinaigre en boisson.

8°. Amers et toniques : quinquina, fer dans les cas d'anémie, de mélancolie, chez les hystériques : huile de foie de morue quand il y a amaigrissement.

9°. Emménagogues. Au début de la folie, dans les cas de troubles de la menstruation.

10°. Traitement local chez les femmes dans les maladies des organes génitaux (catarrhe utérin, affections diverses du col). Traitement de la spermatorrhée chez l'homme. Dans quelques cas, traitement antisyphylitique.

11°. Electricité. Peu d'applications, excepté contre les lésions locales. Mr Hiffelsheim l'a employée contre

les hallucinations dans le service de Mr. Baillarger.

12°. Régime et alimentation.

3 Février 1866.

Plan de la Leçon.

1°. Résumé du terrain parcouru depuis le commencement du cours et du but que l'on s'est proposé, en faisant un cours élémentaire.

2°. Le but de la leçon d'aujourd'hui est d'étudier les rapports des aliénés avec la société, la manière dont ils ont été traités dans tous les siècles le mouvement qui s'est produit dans tous les pays depuis la révolution française pour l'amélioration des asiles qui leur sont consacrés, les phases successives de leur évolution, et enfin l'état de choses actuel et les progrès qui restent à accomplir pour appliquer les divers modes de l'assistance publique dans la limite du possible.

3°. Historique de l'état des aliénés dans tous les pays et dans tous les siècles jusqu'à la

révolution française.

4° Mouvement imprimé par la révolution française et par Pinel à la fin du dernier siècle: phases successives de ce mouvement en France et à l'Etranger depuis cette époque jusqu'à nos jours

Pinel. Esquirol de 1818 à 1830. Ferrus. Loi de 1838. Progrès nombreux réalisés depuis cette loi. On s'est éloigné de plus en plus de la prison pour se rapprocher des habitations ordinaires; dans les règlements, on a diminué les mesures de sévérité pour entrer de plus en plus dans la voie de la douceur et de la liberté. Suppression des chaînes. Suppression des cellules et des rez-de-chaussée: vie en commun le jour et la nuit, dortoirs, réfectoires, salles de réunion. Suppression des camisoles; non restraint.

Caractères des asiles actuels:

1° Réunion des malades ou vie commune;

2° Ordre et discipline;

3° Travail et occupations variées;

4° Classement des malades pour qu'ils ne se nuisent pas et qu'ils réagissent utilement les uns sur les autres. Tous ces résultats sont remarquables, mais

c'est de la médecine administrative : on monotonise les aliénés et on les rend plus vite chroniques.

5°. Est-ce là l'idéal de ce qu'il l'on peut faire pour les aliénés ? On attaque aujourd'hui la loi de 1838 et les asiles d'aliénés.

Examinons successivement ces deux ordres d'attaques :

1°. Loi de 1838. Cette loi est éminemment médicale : elle a été inspirée par les médecins et faite surtout en vue de guérir les aliénés. On la juge aujourd'hui à un point de vue différent, celui de la sécurité. On ne peut arriver au même résultat, en partant de deux points de vue différents. Etude rapide des principaux articles de cette loi : Création d'asiles dans tous les départements : formalités pour les entrées ; formalités pour la surveillance des malades pendant le séjour ; formalités pour favoriser les sorties comme inoffensifs ou guéris. Surveillance des intérêts des aliénés pendant leur séjour : administrateurs provisoires, curateurs, notaire délégué ; tout cela pour rendre plus rare l'interdiction. Surveillance et autorisation des

établissements publics et privés. Elle n'a pas pourvu comme les lois anglaises et étrangères à la situation des aliénés dans la famille et dans des familles étrangères. Comparaison avec les législations étrangères.

Examen des modifications que l'on propose, au point de vue de la liberté individuelle, soit avant l'entrée, soit après le placement. Ces modifications auraient toutes pour but la publicité et partant le retard presque indéfini apporté dans le placement des aliénés, et leur placement dans des couvents non surveillés ou dans des asiles étrangers : On irait donc contre le but que l'on se propose. Les garanties actuelles sont suffisantes, pourvu que la loi soit régulièrement exécutée. C'est là la seule chose que l'on doit demander. On pourrait demander aussi plus de vérifications faites pour la situation financière des aliénés et pour éviter la prolongation indéfinie de leur séjour, alors qu'on pourrait faire l'essai d'un renvoi dans la famille.

2°. Examen de la question de la liberté plus grande laissée aux aliénés, de la suppression des asiles et des divers modes d'assistance qui pourraient leur être substitués.

Quatre modes d'assistance :

1°. Séjour dans la famille, avant ou après l'entrée dans les asiles :

Avant : cela existe déjà et c'est très difficile à augmenter par la difficulté qu'il y a à faire discerner à l'origine les aliénés curables et incurables, inoffensifs et dangereux.

Après : C'est applicable quelquefois et c'est là l'idée de la Société de patronage : On peut l'essayer, mais cela ne donnera que peu de résultats et les malades reviendront bientôt dans les asiles.

2°. Séjour de quelques aliénés dans le voisinage des asiles : essai fait par Bucknill dans le Devonshire, par Robertson à Haywards heath, et par Roller ; mais ces essais n'ont guère réussi et ne peuvent s'appliquer qu'à un très-petit nombre de cas.

3°. Villages d'aliénés comme à Gheel : historique de la colonie : détails sur son intérieur : inconvénients et avantages : conclusion : applicable aux cas chroniques et incurables : Elle se rapproche des asiles et ceux-ci doivent se rapprocher d'elle

mais pas autant. Irréalisable dans toute autre contrée.

4°. Colonies agricoles. Historique ou bien c'est un changement de mot, ou bien c'est une chose réellement différente. Si c'est un mot, ce n'est que l'application du travail et des promenades extérieures dans les asiles actuels. Si c'est une chose distincte, c'est l'asile vivant par lui-même, par le travail de ses malades, au point de vue économique et permettant ainsi de soigner un plus grand nombre d'aliénés, et c'est un asile ayant des règlements distincts et où l'aliéné choisi jouit réellement d'une plus grande somme de liberté et de bien-être que dans les asiles dits fermés. Ce sont donc de nouveaux asiles, avec des règlements différents et plus rapprochés de la vie ordinaire de l'homme en société; mais ceci est encore à trouver et n'a pas encore été sérieusement réalisé.

Conclusion : il faut progresser, mais avec lenteur et maturité dans la voie de la liberté en profitant du passé et sans rien détruire.

17 Juin 1865.

Traitement physique.

Variable selon les doctrines régnantes, selon que l'on est cérébriste ou partisan de l'influence sympathique des autres organes, et selon les théories régnantes pour le traitement de chaque espèce de maladie. Traitement des anciens très-bien entendu Cœlius Aurelianus, Aretée, Celse; les principes sont les mêmes aujourd'hui; purgatifs hellébore; chambres obscures et calme des impressions pour les phrénétiques; mélancolie assimilée à l'hypochondrie et mise dans la bile et le foie; traitée par les purgatifs et l'action sur le bas ventre.

Au moyen âge, exorcisme influence morale; bains de surprise et autres moyens violents; émotions vives pour guérir la folie: Van Helmont et Boerrhave.

Avec Daquin et Pinel commence la période de douceur et la prédominance du traitement moral: Influence de l'isolement et de l'action directe du médecin; influence des doctrines philosophiques

régnantes. Esquirol digne continuateur de Pinel ; a donné d'excellents préceptes ; isolement ; traitement moral ; influence de milieu ; peu de traitement physique.

En Allemagne deux écoles : écoles psychologique et somatique. Historique rapide : Langermann, Heinroth et Ideler : moralisation des aliénés ; action personnelle ; intimidation : le but était de guérir quand même et l'on ne reculait pas devant les moyens durs, s'ils étaient utiles, comme Leuret en France : En Allemagne, les pasteurs, les prêtres, beaucoup de médecins et des gens du monde ont continué ce mode de traitement dans les familles particulières ; substitution d'une idée à une autre, d'un sentiment à un autre. En 1818, Nasse a commencé la réaction contre ce système dans son journal. Jacobi l'a continué jusqu'à sa mort et il a fait de nombreux élèves : c'est la doctrine aujourd'hui régnante en Allemagne. Roller, Zeller, Flemming etc. Griesinger et son traité. En Hollande, Schrœder Van der Kolk et ses élèves : dans les asiles de Hollande, on emploie beaucoup de moyens physiques.

1° Emissions sanguines ; basé sur l'hypothèse d'une inflammation du cerveau. Aujourd'hui on a

rarement recours aux saignées et on a vu qu'elles exagéraient le délire et la violence, au lieu de les calmer. Le plus souvent chez les aliénés il y a diminution de la nutrition et anémie, douleur morale prolongée, ivrognerie etc, en un mot un grand nombre de causes débilitantes. La saignée est ordinairement suivie d'une notable aggravation des symptomes.

17 Juin 1865.

Moyens physiques chez les aliénés.

1° Saignée et antiphlogistiques. Ventouses; sangsues.

2° Le froid dans l'hypérémie cérébrale et les inflammations; glace sur la tête, affusions froides, douces ou violentes; douches comme intimi=dation: Foville et Leuret; moyen généralement abandonné. Bains avec affusions ou compresses froides sur la tête. -

3° Grands bains, froids, tièdes ou très-chauds; bains de rivière; bains prolongés; Brierre

et Pinel; Tuke; il ne faut pas en donner aux phthisiques, aux gens affaiblis, aux épileptiques ni aux paralytiques; Bains sulfureux, aromatiques et bains de siège. Bains de pieds.

4° Hydrothérapie. Variable selon les cas; mauvais moyen dans les congestions cérébrales et la paralysie générale; mais utiles dans l'hypochondrie, l'hystérie, comme stimulants et dans la mélancolie avec stupeur.

5° Révulsifs. Vésicatoires; sur la tête souvent nuisibles à cause des érysipèles; mais utiles au cou, aux bras et à la jambe, comme moyen physique et moral; mais il ne faut pas faire trop marcher les malades et il faut surveiller parceque souvent il y a des accidents.

Pommade émétisée; sur le dos, la poitrine ou même sur la tête; faits favorables cités par Guislain et Jacobi; ne doit être employé que comme moyen désespéré et non au début.

Séton souvent appliqué au début de la paralysie générale; Mr Parchappe.

Cautère actuel; dans la paralysie générale; expériences de mon père.

6° Narcotiques. On devait en attendre beaucoup. mais les résultats n'ont pas répondu à l'attente. Nombreux essais faits avec l'opium, le datura, la belladone, en Angleterre,

en Allemagne et même en France.

<u>Narcotiques</u>. Opium; on l'a donné, non-seulement dans le delirium tremens, mais dans la manie et la mélancolie: on a été depuis 1 grain jusqu'à plusieurs grammes; doses toxiques; Anglais; frères Engelken; Michéa en France; doses élevées plus facilement supportées par les aliénés.

Datura dans les hallucinations; Moreau (de Tours), Billod etc; quelques succès.

<u>Digitale</u>, souvent employée et indiquée par les palpitations, le choc du cœur, et surtout la manie, mais aussi dans la mélancolie; elle est souvent utile même dans les cas où il n'y a rien au cœur, en ralentissant la circulation; également dans la paralysie générale. Elle n'est pas assez employée en France.

<u>Ether et Chloroforme</u>. Employés souvent à l'époque de leur découverte; mais l'action est trop temporaire: Mr. Morel l'a employé pour provoquer des manifestations, connaître le délire intérieur et découvrir des simulations.

<u>Acide prussique</u>. Mr. Ferrus.

<u>Quinine</u>: cas intermittents.

Asafœtida employé à haute dose par Guislain dans les folies hystériques.

Haschisch et B

Spiritueux dans l'alcoolisme chronique.

Tabac à fumer et à priser.

7°. Purgatifs. Employés dès la plus haute antiquité; hellébore, huile de croton.

Émétique soit comme vomitif, soit en pommade; quelquefois utile mélangé à l'opium dans des états maniaques aigus. Il faut mettre dans l'état nauséeux.

8°. Camphre dans les excitations sexuelles; cautérisation de l'urèthre dans les cas de mélancolie avec pertes séminales : Dr. Lisle.

9°. Amers et tonique dans les états anémiques.

10°. Emménagogues pour la menstruation.

11°. Electricité : Mr. Baillarger, Mr. Morel.

12°. Hygiène et régime.

17 Juin 1865.

Indications générales du traitement moral :

1°. Diversion au délire en provoquant d'autres idées ou d'autres sentiments : occupation.

2°. Substituer une volonté étrangère à la volonté maladive.

3°. Calmer l'activité exubérante des facultés par le repos du cerveau et la monotonie des sensations et diriger l'activité qu'on ne peut éteindre vers un but réel et étranger au délire.

4°. Provoquer la réflexion du malade sur lui-même par le contraste avec tout ce qui l'environne.

Moyens employés dans les asiles pour réaliser ces indications :

1°. Règle, ordre, discipline, moyens de se refréner et d'enlever l'aliment au délire en supprimant ses manifestations.

2°. Vie en commun.

3°. Travail ou occupation physique ou intellectuel ; les avantages centuplés par les réunions et les récitations en commun.

4°. Classement. Dans les anciens asiles et dans quelques-uns encore, ils ne sont pas classés.

17 Juin 1865.

Séjour au lit de Guislain pour les mélancoliques.

Action sur la circulation ou le système nerveux abdominal dans les états mélancoliques; revenir aux idées des anciens:

Moyens pour rendre la folie aiguë que produisent le délire aigu employés pour guérir la folie chronique; mais la folie naturelle reparaît après la disparition de la folie artificielle.

Moyens particuliers applicables à la manie, la mélancolie, la paralysie générale etc et certains symptômes, tels que le refus d'aliments et les hallucinations.

La musique et la religion comme moyens moraux; écoles et réunions. Traitement de la convalescence guérisons subites de certaines folies par les émotions morales, la peur, les émotions vives, la substitution d'un sentiment à un autre, toutes ces théories sont basées sur la connaissance de l'état physiologique: or il faut tenir compte de la puissance de la maladie qui est le fait principal; mais pour le traitement il faut ajouter l'action de la partie de l'individu restée saine et des influences de milieu, comme pour la pathogénie;

sans quoi, il n'y aurait pas de thérapeutique possible; il n'y aurait que l'influence fatale de l'évolution maladive: comme l'a dit Mr. Pidoux la nosologie tue la thérapeutique mais le phy=:siologisme aussi.

Un autre principe, c'est que les indications thérapeutiques ne se tirent pas des espèces naturelles, mais de l'individu et de certains états généraux comme l'exaltation et l'affaissement.

Traitement moral.

Général et individuel, il devrait varier selon les formes, les périodes et les degrés; mais nous ne sommes pas assez avancés. Il y a quelques principes généraux, basés sur les caractères communs à tous les aliénés: exposer ces caractères communs et ces principaux généraux.

Isolement et diversion au délire; op=:position directe aux idées délirantes; intimidation, leurre. Occupation, travail; musique, réunions, religion, écoles.

Notes pour la leçon sur le traitement général.

Mai 1854.

Mai 1854.

Plan de la leçon sur le traitement général.

Préambule : Bases actuelles du traitement des aliénés : traitement moral et physique : deux écoles rivales : moyen de les concilier l'une et l'autre : traitement individuel et général : Dans l'état de la science le second est le plus utile : On a peu de données sur l'individuel, sur les formes, sur la diversité des indications et des cas : Il y a dans la science de nombreux exemples de guérisons par impression morale, frayeur, raisonnement, émotion, idée ou passion, en un mot par les moyens supposés utiles à priori : Mais combien d'échecs et d'insuccès !

L'hygiène générale est ce qu'il y a de plus admis : isolement, éloigner les causes, favoriser la marche naturelle vers la guérison, seconder la nature, écarter

les obstacles, mettre dans un milieu nouveau qui non-seulement empêche l'action nuisible mais ait une action directe : C'est dans ce but qu'on organise les asiles d'aliénés qui non-seulement isolent du monde, privent de la liberté, empêchent la libre volonté des malades et toutes les conséquences fâcheuses de ces effets devenant des causes, mais ont une action directe qu'il s'agit d'étudier, qu'on méconnaît souvent parce qu'elle agit d'une manière inaperçue mais qui est d'autant plus active qu'elle est plus continue et de chaque instant, en rapport avec la ténacité persistante des idées maladives.

Il faut décomposer ce milieu, se demander quels sont les meilleurs principes du traitement individuel et montrer comment les conditions générales d'un asile en sont la réalisation : L'aliéné a des caractères communs : l'égoïsme, absence de sociabilité, prédominance du monde intérieur sur l'extérieur, absence de contrôle sur ses propres idées, d'empire sur lui-même, de gouvernement de soi-même : absence de boussole, de pilote : entraînement maladif : lui imposer des actes ou des paroles contraires à ses idées ne signifie

rien en soi, si l'on a pas l'intention d'agir indirectement par là sur le mobile même des actes en supprimant les manifestations: Il faut donc par tous les moyens indirects possibles créer une lutte dans le for intérieur, faire naître l'adversaire dans l'intérieur même, car la lutte extérieure n'est rien, avoir un auxiliaire dans la place parcequ'alors la lutte est constante et efficace: provoquer la réflexion, le retour sur soi-même: créer une lutte et l'empire sur soi-même: utiliser la volonté qui sommeille: en deux mots, profiter de ce qui reste sain pour réagir contre la maladie: réaction intérieure du malade sur lui-même, voilà tout le traitement moral.

Eh bien, les moyens sont variés: la lutte directe par le raisonnement et la répression ne produisent rien. Ce moyen est jugé: d'ailleurs, il n'agirait que sur les conséquences et non sur les prémisses:

Les principes sont:

1° Diversion au délire par mille moyens: d'autres idées, d'autres sentiments: contrepoids: occupation, instruction: Méthode: indirecte, multiple dans ses applications.

2° Substituer une autorité étrangère à la volonté

maladive : Dire qu'on est malade, avoir confiance dans ma parole ; etc.

3°. Calmer l'activité exubérante par le repos et la monotonie des sensations et diriger ce qui reste vers un but utile et étranger au délire.

4°. Provoquer le retour sur soi-même par le contraste entre tout ce qui nous entoure et l'état ancien : frapper un grand coup à l'aide du monde extérieur.

Les asiles sont combinés dans ce but : état des anciens asiles : état actuel : règle, travail, réunion, classement, autorité médicale substituée à la volonté individuelle : Action des localités et du milieu passif : action du personnel. Action des autres malades. Action du médecin, visite : conseils, punitions et récompenses.

Mai 1854.

Notes pour le traitement général.

On prive les malades de la liberté : on les soumet à une règle, à une autorité ; on les classe

de manière à ce que la vue et la présence agissent : éducation des enfants et des hommes en général par le milieu : état d'un aliéné à son entrée dans l'asile et à la sortie (ceci prouve du moins que le milieu de l'asile a une action, fâcheuse ou non) ; différence notable ; absence de spontanéité ; paraissent raisonnables dans l'asile et ne peuvent se gouverner une fois abandonnés à eux-mêmes.

Théorie de l'influence, de l'idée ou de l'acte sur le fond du délire : Que fait-on en substituant une idée à une autre, quand on y parvient ? Dans quels cas y parvient-on ? Est-ce aussi facile qu'on le croit ordinairement ? Plusieurs idées ordinairement suffisent, servent à défrayer le cours de la maladie : Ex : Mr. Jacques qui ne croit plus être porté à faire le mal. Ex : Mlle Sophie : nostalgie substituée à idée d'amour et enfin guérison survenue. C'est un bon signe en général quand une idée peut être substituée à l'autre, excepté quand cela tient à l'essence même de la maladie : ex : folie circulaire ou paralytique où c'est journalier. Quelquefois le séjour trop prolongé dans l'établissement avec désir unique de liberté est d'abord utile par sa

prolongation, mais finit par être nuisible et il arrive un moment où il faut laisser retourner dans la famille où la guérison est obtenue par cela même: Ex: Mme. Angéline qui était si tenace dans son désir de sortie et qui a guéri par cette sortie même: peut-être serait-ce de même chez Mr. Paul et chez Mr. Jacques? Peut-être la maladie s'use-t-elle à la longue par son propre exercice, mais peut-être aussi les conditions de l'asile, la privation de liberté, les réflexions multiples que l'asile fait naître et qui prennent l'homme par toutes les surfaces, font-elles naître des réflexions qui à la longue, par la continuité de leur action et leur reproduction incessante finissent par établir une lutte et un contrepoids qui triomphent des idées maladives, alors que d'un autre côté la marche de la maladie amène la période de décroissance où cette action morale peut s'exercer avec fruit, car dans d'autres cas la tyrannie de la maladie serait toute puissante.

Décrire avec détails la visite d'un médecin et les divers incidents qui s'y produisent.

Montrer comment l'action, quoique rapide

et générale, est cependant réelle.

Faire part ensuite de l'effet produit sur chaque aliéné par le séjour dans l'asile : idées et actes qui se trouvent empêchés et dont la libre manifestation eut donné un libre essor à la maladie : réflexions sur soi-même et sur sa position dans le monde provoquée par le séjour dans l'asile et le voisinage d'autres malades. Conseils que les malades se donnent entre eux ; ils sont souvent tuteurs l'un de l'autre : Les désagréments même sont utiles, car il est souvent dans la condition de l'homme de n'obtenir la guérison que par la douleur. Influence du calme, de la monotonie des sensations, de la diminution de l'agitation : La suppression de l'agitation comme on le fait à Maréville est-elle une bonne chose ? Ne fait pas passer plus vite à l'état chronique ? L'agitation n'est-elle pas un caractère d'acuité et ne devrait-on pas la produire artificiellement, au lieu de chercher toujours à la calmer ? On obtient facilement dans les asiles la règle, le travail, la discipline, la régularité au tambour et à la cloche, l'ordre enfin : C'est aujourd'hui le sublime du genre : Ex : Maréville : ordre militaire comme à la caserne ou au pensionnat :

Dr. Follet à Quimper : Sergents infirmiers.
Sergents russes Lasegue. Est-ce un bon résultat moral ? Ne supprime-t-on pas l'activité, l'énergie normale qui a besoin de manifestations pour s'alimenter aux dépens de l'activité maladive qui n'a pas besoin de stimulant ? L'activité est simplement déviée d'objet ; il faudrait la diriger sur autre point et non la paralyser dans son exercice, la tuer en lui enlevant les moyens de s'exercer. C'est comme le sang dans les inff. qu'il faudrait mieux distribuer et répartir et non enlever parce qu'on enlève à la maladie la force de réaction. On fait des chroniques, des anémiques, des états nouveaux qu'on ne voyait que du temps de Broussais ; de même que les malades restés longtemps dans les asiles ne ressemblent pas à ceux également chroniques mais restés dans le monde ; on a supprimé les agités, bêtes féroces de Pinel, mais n'a-t-on pas fait plus de chroniques ?
Mai 1854.

Le traitement moral est possible, à cause de l'action de l'esprit sur lui-même pour la production du délire par le délire et à cause de la réaction en (réaction

de la partie saine sur la maladive) sens inverse qu'une idée saine peut exercer sur le système d'idées maladives. Si la maladie est trop ancienne, trop intense, à son summum, ou dans la période ascendante, cette action s'exerce, mais à un moindre degré, est temporaire et sans résultat pour la guérison parceque l'élément maladie est trop puissant, trop fatal pour que l'action de l'idée ou du sentiment qu'on cherche à substituer fasse contrepoids : cet élément nouveau arrivant au milieu d'une tempête ou d'un tourbillon, s'y trouve englouti avec le reste et se trouve perdu et sans action ; mais dans les cas où la puissance maladive est moins fatale, moins irrésistible, cela peut avoir une action, donner le branle à la guérison, l'impulsion au travail de l'esprit sur lui-même. Il suffit à cet égard de consulter les convalescents et de savoir à quelle date ils font remonter leur guérison, à quelle influence première ils en attribuent le bienfait. C'est souvent à une idée exprimée par un autre malade et qui les a portés à la réflexion sur eux-mêmes, à une parole ou à un conseil donné par un autre malade ou par le médecin etc, en un mot à une influence morale qu'ils attribuent le point de départ de leur

guérison. Mais les moyens qui agissent lentement, d'une manière inaperçue, mais avec continuité, sont bien plus puissants sur l'esprit de tous les malades que ces impressions individuelles dont l'action favorable est rare. Seulement, pour qu'ils soient réellement efficaces, il faut que la puissance morbide (contre laquelle souvent on ne peut songer à lutter, tant elle est impérieuse) soit affaiblie, atténuée par le seul effet de la marche naturelle de la maladie ou par l'emploi de moyens physiques qui rendent l'esprit apte à subir l'action favorable des moyens moraux.

Mai 1854.

Que fait-on en parcourant tous les matins un asile d'aliénés ? On maintient l'ordre dans l'établissement en forçant chacun à être à son poste à une heure déterminée : tout doit être prêt et terminé pour recevoir le médecin. Il inspecte et voit si tout est en règle, si chacun a rempli son devoir : les malades qui se sont soustraits au règlement sont vus par lui, quelquefois réprimandés, et ceux qui auraient envie de s'y soustraire, redoutant cette

épreuve, préférent se soumettre plutôt que d'avoir à subir ces réprimandes. Le médecin constate par le maintien, la physionomie, les quelques paroles prononcées, les actes, l'état actuel du malade par rapport à la veille, juge s'il y a une modification à apporter au régime, une prescription à faire, un bain ou un autre médicament à ordonner, si on doit laisser ou retirer la camisole : il fait mettre certains malades en cellule ou les fait sortir, fait passer d'une division dans l'autre : On lui rend compte de ce qui s'est passé dans la nuit : il juge et contrôle les témoignages. Il écoute les plaintes et rend justice : il constate les accidents survenus et cherche à y remédier : fait les certificats des entrants et les examine pour se faire une juste idée de leur état, voir ce qu'il faut espérer et quel moyen employer : il donne à l'un un regard bienveillant, à l'autre une parole d'encouragement, au 3e une réprimande ou une parole sévère ; pour d'autres, il se borne à noter un fait, fait semblant de ne pas l'avoir vu afin de n'avoir pas à le réprimer et en prend note pour servir plus tard s'il se renouvelle souvent. Il distribue ainsi l'éloge et le blâme et cherche à prononcer quelques paroles courtes

et brèves qui, une fois entrées dans l'esprit du malade, y germent et deviennent l'occasion de réflexions sur soi-même qui contribueront à la réaction intérieure et partant à la guérison : l'important est de créer dans le for intérieur un avocat qui plaide contre la maladie et devienne l'auxiliaire le plus puissant du médecin. L'important est de ne pas faire de longs raisonnements, de résumer en quelques mots tout l'état mental afin de frapper juste et de provoquer la réflexion et d'abandonner ensuite cette pensée nettement formulée à la réflexion individuelle qui fera le reste ; car ce n'est que par ce travail sur soi-même qu'on peut obtenir une modification profonde : le rôle du médecin consiste à donner l'impulsion dans une voie et à abandonner ensuite le mouvement à lui-même, car il ne peut être utile que s'il se continue spontanément : on met l'idée dans l'engrenage ; il faut qu'elle suive la filière, qu'elle subisse les modifications successives du travail intérieur et qu'après toutes ces élaborations résultant de l'action de l'esprit sur lui-même, elle sorte enfin métamorphosée par un travail intime qu'un procédé artificiel rapide

et étranger ne saurait remplacer. On dit au malade : Croyez à ma parole : On cherche à substituer son autorité à la croyance au délire : On se pose comme médecin et lui comme malade : On ne lui cache pas son état : On prend les précautions oratoires convenables, mais on le lui dit sous une forme ou sous une autre : il ne faut pas attaquer directement l'idée fausse, mais il ne faut pas non plus la flatter : il faut tâcher de se mettre dans une position nette vis-à-vis du malade. On soutient le faible par quelques conseils, quelques encouragements, en stimulant un peu sa confiance en soi, sa vanité : On réprime l'insolent, l'orgueilleux, en lui faisant sentir sa dépendance et on le soumet à la règle, soit par des paroles énergiques, soit par des punitions graduées. Enfin, on agit par la parole, le regard, le geste ; d'autres fois en évitant certains malades, d'autres fois enfin par les circonstances extérieures dont on les entoure, en leur accordant une faveur ou en leur infligeant une punition.

Mai 1854.

Réunion des malades.

Autrefois la crainte exagérée des aliénés les avait fait séquestrer dans des cellules : le progrès a consisté à diminuer de plus en plus les habitations isolées pour les remplacer par l'habitation en commun de jour et nuit : On est même arrivé jusqu'à demander leur suppression absolue. Pourquoi ? Cette dernière idée est une exagération parce qu'il est toujours des exceptions qu'il faut pouvoir séparer pour éviter de troubler l'ensemble et même dans l'intérêt du malade lui-même pour le calme et la monotonie des sensations. Mais le principe est bon en soi, d'une manière générale, non-seulement pour l'économie qui est incontestable, pour la surveillance qui est plus facile avec un plus petit nombre de serviteurs et qui d'ailleurs est mutuelle, des malades les uns sur les autres ; mais à cause de l'action morale qui résulte de la présence constante d'autres hommes et d'autres malades. Comme hommes ils produisent l'effet de toutes les réunions d'hommes en société : l'individu

se change, se transforme par le contact avec la masse : il cesse d'être lui-même et instinctivement se modifie à son insu pour s'harmoniser avec le nouveau milieu : tel homme qui aurait de l'initiative dans l'isolement, n'en a plus en présence d'autres qui en ont davantage ou réciproquement : les manifestations et même l'état intérieur des hommes ~~sont~~ différents quand ils sont seuls ou quand ils sont réunis : tel individu prend le haut du pavé et l'autre est écrasé : Exemples frappants dans les réunions politiques, populaires ou autres : tout monte et baisse alternativement comme les flots au souffle du vent et tous ces hommes, si divers individuellement, n'en forment qu'un tout homogène quand ils sont en masse : l'individualité puissante qui pourrait réagir contre cette puissance commune reste ordinairement isolée dans un coin, est écrasée par la majorité vulgaire qui suit l'impulsion donnée et subit les influences en masse, comme un seul homme et par son unité empêche toute manifestation particulière individuelle en désharmonie avec cet esprit public qui résulte pour tous d'un ensemble de faits communs qui s'imposent à chacun par la force des choses, flottent dans l'air et existent

virtuellement et vaguement chez chacun avant d'être nettement formulés par un d'entre eux qui exprime le sentiment général et est d'autant plus influent et écouté qu'il répond mieux à cette fibre populaire commune qui vibre chez chacun et qui commune à tous est seule en relief dans le moment et étouffe par son caractère général et commun toutes les tendances individuelles divergentes qui sont mises à l'écart, oubliées momentanément, ou bien volontai=
=rement ou instinctivement comprimées par chacun pour ne laisser un libre essor qu'à ce qui trouve un écho dans le cœur de tous : On sacrifie naturellement tout ce qui est personnel pour ne laisser surnager et se manifester que ce qui est commun à tous, au moment où l'on se trouve et ainsi l'homme en masse n'est plus qu'un représentant de la pensée générale qui circule comme éclair dans toute la foule et qui laisse dans l'ombre et partant atténue ou même fait disparaître momentanément de l'esprit et du cœur tout ce qui est individuel et toute spontanéité distincte qui se fond dans l'uniformité générale.
C'est ainsi que l'homme est profondément modifié

et monotonisé, non-seulement dans les manifestations mais même un peu aussi au fond, par sa fusion avec une masse d'hommes qui l'entoure et le pénètre par tous les pores de ses idées et de ses sentiments : Ainsi se fait l'éducation, ainsi se modifie l'homme selon le milieu dans lequel il vit, pâte molle qui subit toutes les impressions du monde extérieur et se modèle d'après lui : il faut des individualités bien énergiques et bien profondément originales, pour se conserver elles-mêmes au milieu de ce frottement général et encore perdent-elles un peu de leur âpreté primitive, de la rudesse rugosité de leurs angles, de la netteté de leurs contours, pour subir comme une usure superficielle par le contact continuel des objets extérieurs qui leur donnent du moins un certain vernis, un certain poli qui modifie un peu la forme, donne la teinte et l'empreinte du milieu, alors même qu'il ne modifie pas le fond qui comme le granit a résisté à cette usure continuelle des flots de la mer battant sans cesse sur un rocher.

Mai 1854.

Travail : occupation.

Occuper, selon les classes, les goûts et les habitudes,

c'est empêcher l'entretien des idées par elles-mêmes : c'est régler l'activité désordonnée ou trop concentrée, en la dirigeant sur un objet différent du délire et opérer ainsi une diversion à l'objet du délire : c'est donner un emploi aux diverses facultés qu'on ne peut paralyser par un repos absolu (qui serait le sommeil,) que l'on doit bien s'efforcer de calmer et de modérer dans leur action afin d'éviter une surexcitation cérébrale, mais qu'il faut surtout chercher à diriger vers un but utile, étranger au délire et conforme à celui que poursuit habituellement et que doit poursuivre une intelligence normale. La spontanéité du cerveau ne pouvant être détruite et d'ailleurs même suspendue quelque temps, reparaissant ensuite avec les mêmes caractères, on doit chercher surtout à en régulariser l'emploi ; or, le maniaque est abandonné à la succession rapide d'idées qui surgissent en lui et disparaissent aussitôt sur la production et la succession desquelles il n'a presque aucune action, dont son âme est le théâtre, son moi le spectateur, le témoin beaucoup plus que l'acteur, c'est déjà beaucoup que de

pouvoir indirectement introduire par l'occupation et l'obligation de fixer ses facultés avec une certaine persistance sur un objet déterminé, introduire, dis-je, un élément d'ordre, au milieu de ce désordre, un élément qui peut devenir un point d'appui pour la réaction de l'esprit sur lui-même, et un contrepoids pour contrebalancer le puissant entraîne=ment des tendances maladives.

L'aliéné partiel au contraire concentre sur l'examen de conceptions maladives sur lesquelles son esprit travaille sans cesse, toutes ses forces psychiques : On dévie ces forces mal employées, sur un sujet différent (ce qui est déjà un bien) et sur un sujet qui occupe, emploie ces forces sans les épuiser, qui intéresse assez pour surexciter et pour exiger une dépense trop consi=dérable de forces, qui emploie les forces surabondantes et qui non employées produiraient des désordres et dévasteraient comme un torrent et n'en provoque pas la formation de nouvelles dont la production exagérée deviendrait une cause d'affaiblissement physique et moral. Le travail physique a de plus l'avantage de servir démonctoire à l'électricité nerveuse, de calmer les nerfs par l'exercice musculaire qui est le déversoir

naturel de l'action nerveuse, de favoriser l'exercice normal de tous les fonctions en rétablissant l'équilibre troublé par la prédominance d'action du système nerveux, de remplir en un mot toutes les indications hygiéniques qui après avoir rétabli la santé physique, préparent le rétablissement de la santé morale et donnent un terrain accessible à l'action des moyens moraux. Chez les maniaques l'exercice musculaire par le mouvement, la promenade, mais surtout le travail manuel par sa continuité et sa durée plus prolongée à cause du but déterminé à atteindre, détermine l'apaisement de l'agitation, la déperdition de la force nerveuse en excès, et produit une moins rapide succession des idées et même le sommeil qui d'effet devient cause de calme et de diminution d'ac:=tivité nerveuse. Les occupations intellectuelles constituent une puissante diversion morale: les malades que les occupations physiques n'empêchent pas de poursuivre leur travail intérieur, sont détournés de ces chimères par un contrepoids intérieur qui seul peut réagir contre l'idée ou la passion maladive; car pour atténuer la force d'une idée, il faut lui

sa puissance dominatrice, il faut lui opposer une autre idée ou passion qui accapare pour elle une partie de ces forces de l'esprit qui se trouvent ainsi déviées de leur direction maladive en forçant à apprendre par coeur, à faire attention à ce qu'on lit, à s'intéresser au sujet de l'occupation, en le rendant aussi attrayant que possible et en dépensant à sa contemplation, à son étude, les forces qu'on possède, elles cessent par cela même, dans ce moment du moins, d'être employées à nourrir l'idée délirante.

Mai 1854.

L'isolement contient une portion négative (soustraire aux causes, hygiène) dont il ne faut pas s'occuper; mais il y a une portion active (réaction sur soi-même provoquée par le nouveau milieu et la privation de l'ancien) qui fait réfléchir et rentre dans l'influence active du séjour à l'asile.

Mettre toujours en parallèle pour mieux faire sentir l'action bienfaisante de l'asile ce que serait le malade chez lui, maître de lui-même, sans contrôle, sans occupation, entretenant son délire par les actes et ne le contrebalançant par rien.

Faire ressortir aussi les avantages des asiles actuels par le tableau préalable des asiles anciens avec l'oisiveté, le pêle-mêle et l'absence d'ordre et de règle.

Après avoir parlé des avantages des 4 faits principaux qui résument un asile actuel reprendre en sous œuvre en résumant et montrer qu'il y a action du milieu, du personnel, des malades et du médecin.

Développer en passant l'idée de la privation de la liberté comme moyen de faire réfléchir le malade sur lui-même, sur sa maladie : de l'amener à se dire qu'il est aliéné. Action subite sur certains malades à leur entrée : chez d'autres idée de liberté substituée au délire, ce qui est déjà un bien et longtemps désirée finit par donner la guérison lorsque la liberté est obtenue.

Autre preuve de l'action réelle du milieu de l'asile tirée de l'habitude de docilité et de soumission, d'absence de spontanéité prise à l'asile et qui se perpétue encore quelque temps chez les malades après leur sortie.

Ne pas oublier le principe d'enlever l'aliment au délire en supprimant les manifestations par la parole et les actes : au lieu de l'entretien du délire qu'on qu'on trouverait dans la famille qui flatte les idées, on trouve partout le doute, l'ironie et de plus on ne peut autant en parler, ni en porter les insignes, en accomplir les actes : on éprouve une résistance à sa volonté, on sent une volonté étrangère à laquelle il faut se soumettre : on prend ainsi l'habitude de la discipline, de l'empire sur soi-même ; on est obligé de se refréner, de se contenir, non-seulement de ne pas en parler et ne pas agir, mais de faire autre chose, de penser à autre chose et de concentrer en soi-même les idées qui n'ont plus pour aliment que la spontanéité de l'esprit et ne trouvent plus de point d'appui dans le monde extérieur : tout cela peut à la rigueur être intercalé à propos de l'ordre, de la règle et du principe de la soumission à une autorité étrangère.

Avril 1857.

Notes relatives à l'influence favorable ou nuisible des asiles d'aliénés sur le physique et le moral de ces malades.

Avril 1857.

Influence favorable et nuisible des asiles.

I Dans les hôpitaux ordinaires presque tout est nuisible. Ici presque tout est utile : cependant il faut faire quelques restrictions, et ne pas être apologiste quand même de l'action favorable des asiles, comme les aliénistes actuels.

Envisager la question :

1°. Au point de vue des conditions hygiéniques générales, physiques et morales ;

2°. Au point de vue de la maladie spéciale de la réaction des malades les uns sur les autres ; car ce qui constitue l'hôpital, c'est la réunion des malades dans un même lieu.

Il faut se poser sans cesse cette question :

que serait tel malade dans sa famille, dans la société ou dans l'isolement de sa maison ou d'une cellule, et que devient-il quand il est mélangé avec d'autres malades, soit pêle-mêle, soit par catégories choisies avec discernement ?

Toute la question est là. Les avantages sont très connus : influence de la règle, d'une autorité tutélaire pour dompter la volonté, influence de l'exemple, influence de la vue d'autres malades qui font réfléchir sur soi-même. L'aliéné en général, puis en particulier le maniaque, le mélancolique et le chronique préjugés du monde à cet égard. On ne devient pas fou pour vivre avec des fous : les inconvénients qu'on peut redouter du contact ne sont pas réels et les avantages sont évidents. La contagion morale est bien dans quelques cas. On en a cité des exemples ; mais c'est surtout dans la même famille, chez des individus prédisposés, vivant ensemble d'une vie intérieure commune, ne faisant qu'un seul être en deux parties, deux sœurs, deux frères, le mari et la femme, s'influençant réciproquement ; en général, dans ces cas, l'un gouverne l'autre qui est passif et subit l'influence,

mais ne l'imprime pas, s'identifie en quelque sorte avec l'autre et ne pense plus que par lui : c'est, en un mot, comme un écho de sa pensée ; mais dans les asiles la vie n'est pas si intime entre les malades ; ce sont les corps qu'on met en contact et les esprits ne se marient que difficilement. On a toujours à lutter contre la tendance des aliénés à s'isoler en eux-mêmes et on n'a pas à craindre de dépasser la mesure en réagissant contre cette tendance. Il n'y a guère que les suicides qui puissent être contagieux. Aussi Esquirol a-t-il eu tort de proposer de les réunir dans un même lieu en vue de la sur=
=veillance.

Un inconvénient réel des asiles, c'est de monotoniser les aliénés, de supprimer les mani=
=festations, mais de ne pas agir sur l'intérieur ; de les façonner en un type identique, comme les soldats dans un régiment, de tuer l'individualité, de chronifier les malades. On supprime le cachet, la physionomie propre de chacun : la maladie établit déjà par elle-même bien des points communs, mais de l'analogie, on fait presque de l'identité ;

on supprime les saillies, les reliefs, les angles; tout devient uniforme. Un bien petit nombre d'individus puissants et énergiques résistent à ce niveau commun qui tend à s'appesantir sur chacun, et se soustrait à cette atmosphère écrasante qui tue toute spontanéité et moule tous les individus sur le même type. Décrire à cet égard le type uniforme des aliénés chroniques des asiles ainsi réglés, par opposition à la liberté déréglée des anciens asiles, où les malades étaient abandonnés à toutes leurs manifestations dans de grandes cours, ou rendus furieux par un séjour prolongé dans une cellule, ou bien encore les comparer aux aliénés libres et vagabonds dans les campagnes; ils se développent alors avec tous leurs caractères propres, sans compression, sans obstacles, et se chronifient, se stéréotypent moins vite; par contre, uniformité désespérante des nouveaux asiles qui n'offre plus de prise à l'action individuelle du médecin, au bout d'un certain temps de ce séjour dans ce milieu énervant par sa régularité et sa monotonie; on donne aux aliénés les apparences de la raison; on supprime les manifestations délirantes; on leur enlève toute

spontanéité : on leur défend de penser ; on pense et on règle tout pour eux ; ils sont en tutelle ; si par hasard, ils ont une idée, on l'empêche de se réaliser, et on finit ainsi par affaiblir leur intelligence, faute d'activité, d'exercice, et d'emploi. Il n'y a que quelques intelligences très-actives de certains monomaniaques qui résistent à l'influence déprimante, stupéfiante en quelque sorte, de cette atmosphère énervante ; aussi, certains malades qui souvent paraissent raisonnables et presque guéris dans l'asile, si on les laisse sortir, sont comme dépaysés, ne savent plus se diriger, sont privés de boussole et de pilote, ont perdu l'équilibre, n'ont plus la force d'intelligence et de volonté nécessaire pour le retrouver, paraissent alors très-faibles et très-déraisonnables dans le monde, et ne tardent pas à retomber, faute de la direction tutélaire, protectrice, à laquelle ils se sont habitués petit à petit, et sans laquelle ils ont cessé de pouvoir se gouverner eux-mêmes. Il est donc certain que l'ensemble des conditions qui constituent aujourd'hui un asile d'aliénés

a une influence modificatrice incontestable sur la plupart des malades qui deviennent des êtres différents de ce qu'ils seraient abandonnés à eux-mêmes en dehors de ces influences. Les partisans de l'ordre administratif quand même chantent victoire et entonnent en chœur des louanges unanimes en faveur de cette modification puissante qu'ils proclament toujours bienfaisante, qu'ils considèrent comme un progrès immense accompli et qui a certainement des avantages incontestables qu'on ne doit pas dissimuler ni méconnaître ; mais il ne faut pas aller aussi loin sous ce rapport que les fanatiques de l'ordre et de la discipline administratifs, lesquels ne produisent en somme qu'un résultat plus incomplet que celui obtenu dans les régiments pour les soldats ; il faut voir le revers de la médaille, et se demander si en effaçant ainsi toutes les saillies et en comprimant l'activité d'un malade, on n'arrive pas plus vite à tuer ses spontanéités et à se priver ainsi des éléments énergiques de réaction intérieure dont un médecin habile pourrait profiter pour lutter avec avantage contre l'énergie et la ténacité des préoccupations

et des tendances maladives. C'est une question qui mérite bien un examen sérieux au point de vue du traitement moral, et qu'on ne doit pas considérer comme suffisamment résolue par les résultats prétendus merveilleux et indiscutables auxquels on arrive aujourd'hui, comme idéal suprême de l'administration et de la médecine. Dans tous les cas, c'est là une influence très-remarquable, très-incontestable et très-générale des asiles (c'est-à-dire des réunions d'aliénés convenablement organisés), influence qui s'exerçant sur la majorité des malades, mérite certainement d'être signalée dans une thèse sur les influences nosocomiales.

Avril 1857.

II. Les maniaques s'excitent-ils entre eux? Cela a lieu dans une certaine limite, mais beaucoup moins qu'on ne le supposerait. Certains aliénés éprouvent une rémission en entrant dans les asiles, qu'on peut attribuer à l'influence qu'ils exercent.

Certains malades, ingouvernables chez

eux, entrent avec docilité dans le mouvement général de l'asile par l'influence de la règle et de l'exemple.

Fréquence des rechutes peu de jours après la sortie, preuve que l'asile a une influence favorable pour contenir beaucoup d'aliénés et les faire paraître raisonnables, tandis qu'ils paraissent tout à fait bizarres dans le monde.

Les malades qui réclament instamment leur sortie sont souvent ceux qui vont retomber, preuve que ceux qui sont mieux sentent l'influence favorable de l'asile, laquelle est également très-bien appréciée par les convalescents qui éprouvent le besoin d'une tutelle.

Impossible de faire travailler un aliéné chez lui; on y parvient facilement dans l'asile; delà une modification totale dans sa manière d'agir: Il en est de même de toutes les mesures d'hygiène qu'on obtient par la règle, faite pour tous, non pour un seul, et par l'exemple et l'émulation des autres malades réunis.

Il est assez difficile de démontrer que l'aliéné est réellement influencé favorablement par l'asile, sous le rapport de la marche de sa maladie et de la guérison, mais il est certain qu'il est <u>modifié</u>, qu'il est autre

que lorsqu'il est seul; par conséquent, l'asile, ou la réunion des malades dans un même lieu, exerce sur l'aliéné une influence évidente, qu'on ne peut contester, le change notablement, en bien ou en mal, dans ses manifestations ou même dans son fond. Eh bien, ce sont ces changements, quels qu'ils soient, qu'il faut rechercher et décrire, quand on parle des influences nosocomiales sur l'esprit et le corps des aliénés.

Y a-t-il des maladies physiques particulières aux asiles, qui soient produites par la réunion des aliénés et qui n'existeraient pas chez les aliénés isolés ?

C'est difficile à déterminer : les aliénés sont sujets aux épidémies et endémies, comme les autres hommes réunis en masse ; mais ont-ils des maladies spéciales ? Je ne le pense pas.

Les aliénés chroniques qui sont depuis longtemps dans les asiles sont les plus soumis, les plus laborieux, les plus faciles à discipliner, preuve que l'asile exerce à la longue une action identique sur tous.

Pour faire sentir l'influence de l'asile sur l'esprit des aliénés, faire un tableau comparatif des asiles où la vie ~~est~~ en commun est largement pratiquée, et de ceux où le nombre des cellules est considérable; en un mot, faire valoir les avantages de la suppression des cellules. Avec la vie en commun, on ne voit plus les aliénés furieux, les bêtes féroces des anciens temps.

Que deviennent les paralytiques chez eux, dans les asiles, ou dans les maisons de santé? Est-il vrai que les escarres et les parotides soient plus fréquentes dans les asiles? Je ne le pense pas, car il y a des paralytiques qui vivent bien longtemps, même dans les asiles publics. On ne voit presque pas de maladies incidentes dans les asiles d'aliénés: ces malades y vivent très-longtemps et restent souvent 20 et 30 ans dans le même état mental, sans modification physique ou morale appréciable, preuve que l'asile n'a pas d'influence physique fâcheuse.

Pour étudier l'influence des asiles sur les aliénés, il faut distinguer soigneusement les anciens asiles, avec les conditions hygiéniques mauvaises, l'absence de classification, et les cellules nombreuses, des nouveaux

asiles, dans lesquels l'organisation intérieure a été combinée de manière à agir favorablement sur l'esprit des malades.

Avril 1857.

III. Un persécuté, dit-on, qui arrive dans un asile se trouvant privé de liberté doit croire qu'il est en prison et par conséquent la séquestration doit augmenter son délire: Eh bien, c'est une opinion d'homme du monde; il n'en est rien; partout il eut trouvé des aliments pour son délire; peu importe donc qu'il délire sur tel point particulier ou sur tel autre, le détail de l'idée n'est rien; tout est dans la tendance et la disposition générale et le changement d'objet ne peut même être que favorable. Il en est de même d'un mélancolique qu'on sépare des objets de ses affections: L'expérience prouve que dans ce cas l'isolement est surtout utile par ce désir de retour dans la famille qui fait faire de grands efforts sur soi-même.

Ne pas confondre la question de l'isolement avec celle de l'influence de l'asile; la première est négative et la seconde positive: l'asile est utile

négativement en séparant du milieu où l'on a vécu, et utile directement par l'action qu'exerce sur l'esprit du malade, la règle, la discipline, l'ordre, l'autorité médicale et l'influence d'autres malades différents ou de même espèce.

Les malades agissent les uns sur les autres comme hommes et comme aliénés, par leur présence, leur réunion dans un même lieu, et par la nature particulière de leurs idées et de leurs actes.

1° Un aliéné n'ose pas, en présence d'autres personnes, se livrer aux actes et aux paroles auxquels il s'abandonnerait facilement s'il était seul; il est donc obligé de se contenir en présence du public, et dans tous les cas où il en a encore la force, il le fait, ce n'est que lorsque tout empire sur lui-même lui échappe, c'est-à-dire dans les paroxysmes, qu'il devient en public ce qu'il serait dans l'isolement : la crainte du ridicule ou toute autre crainte, celle de gêner, d'être désagréable ou pénible à ceux qui l'entourent, l'amour propre, enfin l'influence de la règle générale, de l'exemple, la crainte des punitions etc, tout se réunit dans les asiles bien organisés pour diminuer les manifestations des aliénés et pour les habituer à exercer de l'empire sur

eux-mêmes.

2°. Les aliénés agissent aussi les uns sur les autres par la nature particulière de leur délire, mais ici l'efficacité de cette influence devient plus difficile à préciser. Comment doit-on rapprocher les aliénés pour qu'ils ne soient pas nuisibles et pour qu'ils exercent au contraire les uns sur les autres un traitement mutuel ? L'action des malades peut-elle être réellement nuisible sur leurs voisins ? N'est-ce pas un préjugé d'homme du monde ? Ne raisonne-t-on pas comme pour un homme raisonnable mis dans les mêmes conditions ? Mais, d'un autre côté, si on nie toute influence fâcheuse des aliénés les uns sur les autres, comment faire pour démontrer l'action bienfaisante que certains d'entre eux peuvent exercer sur certains autres ? Ne pourra-t-on pas dire que pour démontrer cette action favorable on se base sur des raisonnements à priori, sans preuves expérimentales suffisantes, et qu'on se contente, dans ce cas, de ces motifs déduits de l'état normal, dont on ne reconnaît plus la valeur quand ils doivent démontrer l'action fâcheuse ? De plus,

quelles sont les catégories de malades qu'il convient de réunir ? Les classifications suivies dans les asiles ne sont-elles pas toutes purement administratives, faites en vue de l'ordre général, et ayant tout au plus en vue le bien-être des malades, mais nullement l'action morale qu'ils peuvent exercer l'un sur l'autre ? Toutes ces questions attendent encore une réponse expérimentale et péremptoire, basée sur des faits et non sur des suppositions. Il est évident que c'est plutôt comme hommes que comme aliénés, qu'on a envisagé jusqu'ici l'influence favorable des malades les uns sur les autres : On a montré l'avantage qu'il y avait à réunir les aliénés en commun pour les discipliner, les régler, les calmer, les forcer à s'observer et à se maintenir et on n'a guère étudié l'action morale exercée sur chaque aliéné par la présence de telle espèce d'aliénés plutôt que de telle autre. D'abord, les aliénés ont une tendance constante à vivre en eux-mêmes, à ne pas échanger d'idées avec leurs voisins ; c'est une preuve de rémission ou de convalescence quand ils commencent à entrer en conversation avec ceux qui les entourent ; par conséquent, l'influence des autres malades en est diminuée d'autant

puisqu'il y a rarement entre eux échange d'idées et que les occasions de s'influencer réciproquement sont rares ; de plus, comme cela arrive pour les hommes en général, lorsqu'ils se parlent, il arrive souvent qu'ils se blessent, qu'ils se heurtent, qu'ils se choquent et par conséquent qu'ils s'évitent, se fuient et cessent de se parler, d'avoir des rapports entre eux, autant de causes de chaque instant qui s'opposent à ce que les relations soient fréquentes et partant l'influence réciproque efficace : cependant, il y a, de temps en temps, des malades qui en prennent d'autres sous leur protection, qui se constituent comme leurs tuteurs naturels, s'intéressent à eux, souvent par la sympathie du malheur : ces malades n'ont quelquefois qu'à raconter leur propre histoire, à montrer par quelles phases, par quels efforts ils sont passés, quelles luttes ils ont eu à subir, pour encourager celui qu'ils ont pris sous leur protection par leur propre exemple, pour stimuler son zèle, provoquer ses efforts, lui donner du courage et de l'espérance, et lui aider puissamment à secouer le joug de ses propres idées : souvent même, pour

produire cet effet, la maladie de l'un n'a pas besoin d'être exploitée par lui-même, pour influencer favora=:blement un autre malade: Il suffit que celui-ci en soit témoin, qu'il assiste lui-même à l'évolution d'une maladie analogue à la sienne, qu'il entende l'autre malade raconter ses préoccupations, les luttes qu'il a à subir, les triomphes qu'il remporte sur lui-même, pour que cet exemple lui profite, l'encourage et devienne chez lui l'origine de réflexions du même genre et partant donne naissance au doute sur la réalité de ses propres idées, ce qui est le premier pas vers la guérison. Sans doute, la plupart des aliénés écoutent la narration des idées des autres malades, assistent à leurs actes désordonnés, les apprécient parfaitement, s'en moquent même, sans que cette vue et ces observations provoquent chez eux, par comparaison, ce retour sur eux-mêmes et leurs propres idées qui est indispensable pour leur guérison: ils sont témoins de tous ces faits sans en profiter et s'en faire l'application à eux-mêmes; ils jugent très-bien ceux qui les entourent, mais ne se jugent pas eux-mêmes; c'est la loi de l'humanité: néanmoins, s'il en est ainsi dans la généralité des cas, il en est quelques-

-uns qui parviennent à se soustraire à cette règle générale et qui avouent, après leur guérison, que la vue d'autres malades dans la même situation qu'eux, ou dont les idées leur avaient paru bien bizarres, a été l'origine véritable de leur heureuse modification; quelquefois même, cet effet favorable se produit immédiatement dès l'entrée des aliénés dans les asiles. La vue seule d'autres malades dont les idées leur paraissent absurdes suffit pour leur ouvrir les yeux, et faire tomber le voile qui leur cachait la vérité. Ceci peut paraître exagéré et inventé à plaisir pour le besoin de la cause; mais il est certain qu'il existe quelques exemples de ce genre; cela ressemble, il est vrai, à un coup de théâtre, mais ce n'en est pas moins réel dans quelques cas. Le raisonnement que l'on adresse aux aliénés, même avec persistance et d'une manière incessante, ne peut rien en général pour détruire la ténacité de leurs idées maladives, mais il n'en est pas toujours ainsi des raisonnements qu'ils se font à eux-mêmes ou qui sont provoqués par les faits qui se passent autour d'eux, par la vue d'autres

malades, le spectacle de leurs maux, de leurs actes, en un mot, par les conditions extérieures de tout genre qui les entourent et dont la réunion constitue un asile bien organisé. Ces faits, dont on entoure les malades, sont le plus souvent sans action pour la guérison, et n'ont pour résultat que de les calmer, de les rendre plus soumis et plus dociles, de les discipliner, de leur faire exercer de l'empire sur eux-mêmes, ou de leur donner plus de bien-être; mais, dans quelques cas rares, l'action est beaucoup plus énergique, provoque la réaction bienfaisante du malade sur lui-même et devient ainsi le point de départ de la guérison.

Avril 1857.

IV. Dans un hôpital ordinaire on redoute l'influence fâcheuse des miasmes et de la contagion, par suite de la réunion d'un grand nombre de malades dans une même salle. Dans les asiles d'aliénés on peut craindre aussi la contagion morale : 1°. dans les dortoirs où l'excitation d'un seul suffit pour se communiquer à plusieurs; 2°. dans une cour où l'instinct d'imitation peut porter un malade à imiter les gestes et les actes désordonnés d'un autre malade; 3°. dans les ateliers où

le désordre et le bruit causés par un seul malade peuvent facilement devenir communicatifs ; mais ces inconvénients sont très-rares, beaucoup plus rares qu'on ne le croirait et en général ils sont compensés par des contrepoids qui résultent précisément de la présence d'autres malades qui devient ainsi son propre remède à elle-même, guérit les maux qu'elle a fait naître, se sert à elle-même de contre-poison : le remède se trouve ainsi à côté du mal ; car les autres malades qui seraient tentés de s'exciter comme celui qui les trouble, n'osent pas le faire en présence des autres malades, se contiennent par suite de l'influence de l'exemple général, de la règle, de la discipline de l'asile et par suite de la répression même qu'ils voient infliger à celui qui a troublé l'ordre : le mal porte ainsi avec lui son propre remède. Il est donc facile de prouver que dans les cas mêmes où il semble résulter quelques incon:-vénients partiels de la réunion des aliénés dans un même lieu, ces inconvénients sont plus apparents que réels et trouvent leur contrepoids dans le moyen même qui semble de nature à les provoquer.

Avril 1857.

V. La réunion d'un certain nombre d'aliénés dans un même lieu peut avoir tous les inconvénients, pour leur bien-être, qui se produisent dans les réunions d'hommes en général. Pour vivre en société, quelque petite qu'elle soit, les hommes sont obligés de se faire des concessions mutuelles, de limiter un peu leur liberté dans ce qu'elle pourrait avoir de contraire à la liberté d'autrui, de s'imposer quelques sacrifices, de refréner quelques-uns de leurs caprices ou de leurs désirs, mais chez les aliénés ces légers inconvénients, sous le rapport du bien-être, sont compensés et bien au-delà par de grands avantages qui en résultent pour leur modification intérieure. Cette gêne causée par la présence d'autres personnes est précisément extrêmement salutaire pour leur moral; c'est elle qui provoque la réaction du malade sur lui-même, qui l'oblige à exercer un certain empire sur ses idées et ses actes, à se contenir dans une certaine limite, et bien peu de malades résistent à cette influence salutaire; il faut que l'impulsion maladive soit bien impérieuse et bien fatale pour que les malades s'abandonnent en public aux mêmes manifestations de leur délire que

dans la solitude. Ce sont là des exceptions très-rares qui exigent alors impérieusement la vie isolée dans une cellule puisqu'ils seraient une cause incessante de trouble, de gêne ou de peine pour leurs semblables et qu'on ne peut faire souffrir pour un seul la généralité des malades; mais dans la plupart des cas, les malades, même les plus ingouvernables dans la société, dans leurs familles ou dans l'isolement, entrent bien plus facilement qu'on ne le suppose dans le mouvement général d'un asile et reçoivent de cet ensemble de conditions extérieures l'influence la plus bienfaisante.

Avril 1857.

VI. Les aliénés excités qui restent isolés indéfiniment dans une cellule deviennent de plus en plus furieux. Ceux qui sont atteints de délire partiel, à force de ruminer sans cesse leur délire et de rester constamment en face d'eux-mêmes, sans contrepoids d'aucun genre, se chronicisent rapidement, s'enracinent dans leurs idées; leur délire s'étend et se systématise, puis se stéréotype: enfin, ils prennent des tics, des habitudes, se livrent sans cesse à certains

actes, prennent certaines poses, gardent un silence absolu, en un mot revêtent un caractère extérieur, une physionomie toute spéciale que n'ont pas les malades qui ont vécu en société pendant l'évolution de leur maladie. Il y aurait un chapitre intéressant à faire sur la physio=nomie différente des aliénés ayant vécu longtemps seuls dans leur chambre sans voir personne par opposition avec ceux qui ont vécu de la vie commune d'un asile, et enfin avec ceux qui ont continué à vivre dans la société. Il serait très-intéressant d'étudier cette question avec beaucoup de soin, de faire la part bien nette de ce qui appartient à la forme spéciale de la maladie, à son évolution naturelle, et fatale en quelque sorte, et de ce qui tient aux circonstances extérieures spéciales dans lesquelles ils ont vécu. Je serais très-disposé, quant à moi, à faire cette dernière part très-petite, parceque je crois à la fatalité de la maladie même dans les plus petits détails des manifestations; néanmoins, il est possible que les circonstances influent sur certains détails secondaires et ce serait peutêtre la meilleure manière de prouver expéri=mentalement le mode d'action des asiles et de la vie en commun, par comparaison avec le système cellulaire.

Avril 1857.

En quoi les conditions hygiéniques d'un asile sont-elles meilleures que celles que l'aliéné trouve dans sa famille et dans la société? D'abord, les conditions de l'hygiène physique, pour la conservation de leur santé physique, sont meilleures en elles-mêmes (alimentation, vie régulière, travail en plein air, etc) et sont meilleures aussi relativement à l'aliéné en tant qu'atteint d'une maladie spéciale, parcequ'on l'oblige, par la règle, à respecter ces conditions de l'hygiène dont chez lui il ne tiendrait aucun compte et qu'on ne pourrait lui imposer par les mêmes moyens si il était isolé qu'on le fait lorsqu'il est réuni avec d'autres malades, que la règle n'est pas faite pour lui seul et qu'il lui est beaucoup plus difficile de s'y soustraire. Voilà pour l'hygiène physique qui chez l'aliéné est favorisée par la réunion d'un grand nombre de malades dans un même lieu, tandis que pour les autres maladies, tout en cherchant à leur donner dans l'hôpital une hygiène meilleure que chez eux et y réussissant même sous certains rapports

(comme l'alimentation, le couchage, le chauffage, les soins de propreté), on trouve dans l'agglomération des malades une circonstance si défavorable à la santé générale et si contraire aux lois de l'hygiène, qu'elle dépasse de beaucoup les avantages ci-dessus indiqués et fait de l'hôpital un lieu plus nuisible qu'utile à la santé des malades réunis. Les aliénés au contraire sont dans les asiles dans les meilleurs conditions possibles de l'hygiène physique, et cela non-seulement parcequ'une administration publique est plus soigneuse de respecter l'hygiène que les individus (ce qui serait déjà un avantage pour les aliénés en cellule), mais surtout par suite de la réunion des malades, de la vie en commun, qui ici, loin d'être un inconvénient, comme dans les hôpitaux ordinaires, est un avantage même pour l'hygiène physique, en permettant d'imposer facilement aux aliénés ces lois de l'hygiène qu'on ne pourrait leur faire observer en particulier. Les nouveaux asiles l'emportent ainsi sur les anciens, non-seulement par l'amélioration de tout ce qui concerne l'hygiène, mais par la substitution de la vie en commun au système des cellules. Aussi les aliénés vivent très-long temps et se portent très-bien.

Les asiles d'aliénés considérés comme moyen de traitement général.

En exposant très-brièvement les divers détails de l'organisation intérieure des asiles d'aliénés, nous nous sommes presque renfermés dans le simple rôle de narrateur et nous n'avons guère fait qu'indiquer en passant les principes qui doivent diriger le médecin dans cette organisation, comme dans la disposition générale des localités et des constructions diverses, préférant renvoyer à la fin de cette thèse, ces considérations générales qui se seraient trouvées dispersées partout et que nous croyons plus utile de concentrer dans un seul point, dans une sorte de résumé rapide qui sera comme la conclusion naturelle de notre travail.

Un établissement d'aliénés bien ordonné, avons-nous dit après Esquirol et presque tous les médecins d'aliénés, est peut-être le plus puissant moyen de traitement que l'on possède pour ramener ces malades à la raison. Cette conclusion, adoptée

actuellement par la plupart des médecins, demande quelques développements pour être comprise et admise par tout le monde. Généralement : Il ne suffit pas en effet d'indiquer les précautions à prendre pour qu'un asile réponde le mieux possible à ce but, il faut chercher à se rendre compte, autant que possible, du mode d'action de ces diverses circonstances dont on entoure le malade, de leur degré d'action et de la limite à laquelle s'arrête cette action : il faut remonter jusqu'aux principes qui servent actuellement de guides dans le traitement des aliénés et montrer en quoi et comment les diverses conditions dont la réunion constitue un établissement d'aliénés deviennent des applications utiles de ces principes.

Les médecins qui se sont occupés jusqu'à ce jour du traitement de la folie, ont ramené tous les moyens employés dans ce but, à deux classes en apparence bien distinctes, les moyens physiques et les moyens moraux, auxquels ils ont ordinairement accordé une préférence exclusive, selon l'idée qu'ils se faisaient de la nature et du siège des maladies mentales, les uns les faisant dépendre uniquement des lésions de l'âme et

les autres les attribuant au contraire exclusivement à une altération matérielle, appréciable ou non du cerveau ou des autres organes de l'économie. Sans vouloir en rien aborder ici cette question tant débattue et presqu'insoluble aujourd'hui d'une manière absolue, dans l'état actuel de nos connaissances, nous devons dire que généralement on est revenu de ce que ces deux doctrines avaient d'exclusif et que l'on accorde ordi:=nairement à ces deux ordres de moyens, une valeur, sinon égale, du moins réelle. Nous ajouterons que les rapports entre les deux éléments constitutifs de la nature humaine sont si intimes qu'il n'est peutêtre pas de moyen primitivement physique qui ne puisse devenir moral en agissant sur l'âme par l'intermédiaire du cerveau, et qu'il n'est pas de moyen moral qui ne puisse exercer une action simultanée sur le physique toujours par l'inter:=médiaire du cerveau sans lequel l'âme ne peut s'exercer dans l'état pathologique comme dans l'état physiologique. C'est ainsi que l'on comprend comment ceux qui admettent constamment une modification, appréciable ou non, du Système

nerveux ou des autres organes, dans toute maladie mentale, peuvent néanmoins, sans inconséquence, admettre l'efficacité du traitement moral qui ne peut agir sur le moral qu'en produisant en même temps une modi=fication sur le physique et vice versa.

Ceci dit, voyons quelles sont, dans l'état actuel de la Science, les indications du traitement moral de la folie, les plus généralement acceptées, afin de pouvoir comprendre ensuite comment les divers détails intérieurs d'un asile d'aliénés peuvent être des moyens d'en faire une application utile aux malades.

Ici, comme dans toutes les autres maladies, les indications peuvent être classées en trois ordres principaux :

1°. Soustraire le malade à l'action des causes qui ont engendré ou qui entretiennent sa maladie ;

2°. Le placer dans un milieu extérieur qui, en éloignant toutes les influences nuisibles qui pour=raient entraver ou arrêter la marche de la maladie, vienne en aide à la tendance naturelle de la maladie à la guérison et favorise cette tendance, en écartant tout ce qui pourrait lui faire obstacle ; c'est la médecine

hygiénique et expectante ;

3°. Agir directement sur la maladie une fois produite et non-seulement écarter les obstacles extérieurs, qui s'opposeraient à la guérison, mais y coopérer directement, activement, par des moyens dirigés spécialement contre elle. Eh bien, le placement d'un aliéné dans un asile spécial, répond à ces trois indications : il est évident et incontestable pour tous qu'il répond à la 1ère par le seul fait de l'isolement qui a précisément pour but d'enlever le malade à l'action du milieu tout entier, société, famille, profession, habitudes, au sein duquel il a contracté sa maladie et dont l'action continue tendrait à l'entretenir, pour le transporter dans un milieu tout nouveau où l'on cherche précisément à réunir toutes les conditions qui peuvent contribuer à remplir les deux autres indications ; mais nous n'avons pas à nous occuper ici des avantages nombreux et incontestables de l'isolement, d'ailleurs surabondamment démontrés par tous les auteurs depuis Pinel et Esquirol et admis

par tous les auteurs. Nous n'avons à nous occuper ici que des deux dernières indications et à montrer comment la réunion, l'ensemble de conditions qui constituent un asile contribuent le mieux à les remplir.

Les indications du traitement moral de la folie seraient très-nombreuses si l'on voulait entrer dans la sphère des faits individuels, car il faudrait alors passer en revue les diverses formes de cette maladie, et les diverses variétés de caractère qui peuvent être utilisées par un médecin habile et exercé pour contrebalancer les tendances maladives chez un malade en particulier de manière à rétablir l'équilibre troublé des forces psychiques; mais précisément tel n'est pas ici notre but, puisque nous ne voulons étudier que le mode d'action des conditions générales sur les aliénés en général ou sur quelques grandes classes d'aliénés et non sur tel ou tel malade en particulier.

Nous réduisons ces indications à quatre, pour simplifier la question :

1°. Modérer l'action maladive du cerveau et des facultés intellectuelles et morales par le repos de cet organe, de ces facultés et par le calme des impressions.

2°. Diriger vers le dehors les facultés qui tendent à se concentrer vers le dedans : faire diversion aux préoccupations ou à l'état intérieur du malade, quel qu'il soit, en dirigeant ses facultés sur des sujets extérieurs, étrangers à son délire et analogues à ceux qui doivent occuper l'homme à l'état normal.

3°. Favoriser la réaction intérieure du malade sur lui-même, c'est-à-dire l'action de ce qui reste en lui de normal pour contrebalancer ses tendances maladives, car c'est en lui-même que réside la force principale pour sa guérison.

4°. Substituer une autorité étrangère régulière à la volonté individuelle maladive : provoquer chez lui l'obéissance et la soumission et le ramener à la raison par la confiance dans le médecin et dans ceux qui l'entourent.

Ces indications, très-générales, que l'on pourrait multiplier, et surtout spécifier beaucoup plus, supposent chez tous les aliénés quelques caractères communs auxquels on peut opposer des indications communes et des moyens communs : ces caractères communs sont, il est vrai, très-peu nombreux, car

les aliénés diffèrent trop les uns des autres, et il y a trop de distance entre le mélancolique et le maniaque, entre l'aliéné déprimé et l'aliéné exalté pour qu'il puisse y avoir entre eux beaucoup de points communs, mais enfin il y en a quelques-uns qui résultent du fait même de l'aliénation; l'aliéné, quel qu'il soit, est tout entier à sa maladie : toute son activité est en jeu et employée dans cette direction : il est concentré dans son état intérieur, égoïste, préoccupé uniquement de lui-même, sans rapport de société ou d'affection avec ses semblables, sans sociabilité; il épuise toute son activité dans la rumination ou dans la manifestation variée de son état intérieur par les gestes, la parole, les mouvements ou les actes et ces diverses manifestations, d'effets deviennent causes et sont un nouvel aliment qui ne fait qu'entretenir leur maladie. Tout dans leur conduite, dans leurs manifestations, est en contradiction avec les actes et la conduite de l'homme normal : en un mot, leurs rapports avec le monde extérieur sont changés, ils vivent en eux-mêmes au lieu de vivre de la vie extérieure commune de l'humanité, ils manquent de sociabilité et toute leur activité intérieure et extérieure étant concentrée dans la direction de leur

maladie, l'alimente et l'entretien par cela même par son propre exercice.

Delà naturellement l'indication de modérer cette activité maladive par le repos, de la diriger au dehors et sur des sujets étrangers à la maladie et analogues à ceux qui doivent captiver l'homme à l'état normal, de les forcer à des relations avec leurs semblables en les mettant constamment en rapport avec eux, de développer chez eux toutes les tendances normales afin de contrebalancer la puissance des tendances maladives, de les mettre dans un milieu extérieur qui, par l'exemple, par la vue d'autres malades et par mille autres moyens, provoque leur réflexion sur eux-mêmes; de les soumettre à une règle, à un frein extérieur qui provoque leur empire sur eux-mêmes et, en diminuant leurs manifestations, enlève des aliments à leur maladie et enfin, par la soumission à une autorité bienveillante, les force par la règle et la confiance à substituer des habitudes et des idées normales à leur état maladif et par la diminution des manifestations et l'empire sur eux-mêmes enlève

les moyens d'entretien pour leur maladie.

Nous voyons donc qu'à des caractères communs à la plupart des aliénés, on peut opposer quelques indications communes qui sont précisément le résultat de l'observation de ces caractères communs; mais si ils se bornaient là, la sphère des moyens généraux serait extrêmement restreinte: elle se trouve un peu agrandie par les deux circonstances suivantes; savoir: 1° que l'on peut faire certaines catégories très-générales parmi les aliénés, comme par exemple les malades concentrés ou déprimés, et les malades exaltés et agités auxquels s'appliquent des indications moins générales, il est vrai, que les précédentes puisqu'elles ne s'appliquent qu'à l'une des classes, mais également très-générales puisqu'elles s'appliquent à la classe tout-entière et 2° que souvent le même moyen, par un privilège singulier, remplit chez ces deux ordres de malades deux indications opposées, calmant les uns et excitant les autres par exemple et les faisant rentrer l'un et l'autre dans la limite de la vie normale, le travail par exemple, qui calme les maniaques en fixant leurs facultés exaltées sur un objet déterminé et qui détourne le mélancolique de

ses idées et le tort de son abattement en appliquant également ses facultés sur une occupation normale et étrangère à son délire. Ainsi se trouve étendue et le nombre possible des moyens généraux et la sphère d'action de chacun d'eux, ce qui étend la limite d'influence des moyens généraux, sans cependant la rendre aussi vaste qu'on a voulu le prétendre. On comprend ainsi comment peut se trouver étendue le terrain d'action des moyens généraux malgré le nombre très-restreint des caractères généraux communs à tous les aliénés. Néanmoins ces moyens généraux et communs ont leur limite d'action plus restreinte qu'on ne le croit généralement.

En quoi, les asiles d'aliénés tels qu'ils sont aujourd'hui construits et organisés, sont-ils des moyens de remplir ces diverses indications? Pour répondre, d'une manière complète, à cette question, il faudrait entrer dans l'analyse de chacun des détails intérieurs et montrer quel peut être le degré d'action de chacun d'eux, mais nous devons nous borner ici à quelques considérations générales: La vie intérieure d'un asile d'aliénés qui se trouve aujourd'hui empreinte

jusque dans les bâtiments peut, selon nous, se résumer dans ces quatre mots : vie en commun, règle, travail, classement. Tels sont les quatre buts principaux vers lesquels ont tendu, avec plus ou moins de bonheur, les efforts de tous les médecins aliénistes depuis 60 ans. (Développer en quelques mots cet historique). Au lieu de malades isolés dans des cellules, livrés sans frein et sans règle à tous leurs caprices, abandonnés à l'oisiveté et mélangés tous pêle-mêle les uns avec les autres, on a réalisé l'ordre, la vie en commun, les travaux les plus variés et même jusqu'à un certain point le classement, avec un succès qui a métamorphosé les asiles d'aliénés, qui a considérablement diminué l'agitation, supprimé ces manifestations violentes et grotesques qui étaient la honte des anciens asiles, résultat qui étonne singu:lièrement tous ceux qui sont habitués à s'imaginer les aliénés comme des êtres indomptables, furieux et indisciplinables, résultat qui est à la fois un grand progrès administratif et même un progrès médical incontestable et qui est l'objet des désirs et de l'ambition de tous les médecins d'aliénés.

Eh bien, comment conçoit-on l'action médicale

de ces diverses circonstances sur l'esprit des aliénés, car l'utilité administrative pour la régularité, l'économie et la perfection du service est incontestable ?
Cette action est bien simple et bien facile à comprendre après les préliminaires que nous venons de présenter. Réunir les aliénés les uns avec les autres, au lieu de les isoler chacun dans leur cellule, c'est aller à l'encontre de la tendance morbide qu'ils ont à se concentrer dans leur état intérieur et que nous avons vue être une cause d'aggravation pour leur maladie ; c'est les forcer à exercer de l'empire sur eux-mêmes et partant à modérer leurs manifestations, par l'influence de l'exemple des autres et du sentiment des convenances et des égards que les hommes doivent à leurs semblables ; c'est les forcer, malgré eux, à entretenir des rapports avec d'autres hommes et développer le sentiment de sociabilité qui est si faible chez eux et qui peut contribuer à contre-balancer la tendance qu'ils ont à se concentrer dans leur activité maladive, enfin, c'est tendre à provoquer chez eux, par la vue de malades plus ou moins semblables à eux, un retour favorable

sur eux-mêmes, sur leur passé et sur leur état actuel, retour qui peut être le premier pas vers la guérison et dans tous les cas, est l'exercice le plus utile auquel le malade puisse se livrer pour favoriser son retour à la raison.

Soumettre les aliénés à une règle uniforme et constante, régler toutes les actions de leur vie quotidienne, c'est d'abord les ramener aux conditions de la vie normale de l'homme au lieu de les abandonner à tous les écarts auxquels les entraînerait leur maladie et partant lui enlever l'aliment qu'elle trouverait dans son libre exercice; c'est ensuite les contraindre par la force de l'exemple et d'une règle qu'il n'est pas en leur pouvoir de vaincre, à exercer de l'empire sur eux-mêmes, à refréner leur volonté et leurs désirs, c'est les habituer à la soumission et à l'obéissance et partant les disposer à subir l'influence si heureuse de l'autorité médicale qui est sans cesse vivante à leurs yeux dans la règle de la maison, comme dans le cœur des employés et des malades qui les entoure, qui est comme empreinte jusque dans les objets inanimés, les localités, les bâtiments, et qui, par la puissance qu'elle peut exercer sur l'esprit du malade, opère en eux, en se substituant à leur volonté, par la confiance, une véritable

transformation morale et par conséquent peut devenir un moyen d'action bien puissant pour modifier leur état maladif.

En occupant les aliénés à des travaux, variés selon état individuel, leurs aptitudes ou leurs goûts et en donnant la préférence aux moyens qui joignent à l'avantage d'occuper leur esprit celui de fatiguer leur corps, sur les moyens qui exigeraient à un trop haut degré leur activité intellectuelle, (sans cependant négliger ces derniers), on dirige toutes les facultés du malade concentré en lui-même sur des objets étrangers à leur délire, sur des objets analogues à ceux qui captivent l'homme à l'état normal, et on fixe sur objet déterminé les facultés des autres qui tendent sans cesse à s'exercer d'une manière désordonnée, manifestation qui épuise l'activité du malade et entretient le désordre par le seul fait de son exercice.

Enfin, en classant ces malades dans l'intérieur d'un asile, en séparant les malades qui pourraient exercer une action nuisible les uns sur les autres, on augmente les avantages signalés à propos de

la vie en commun en faisant disparaître les inconvénients qui pourraient en résulter, si elle était absolue. On ferait beaucoup mieux encore, si, comme nous allons le dire tout à l'heure, on ne se bornait pas à séparer les malades qui peuvent se nuire, et si on cherchait plus souvent à rap=procher ceux qui pourraient exercer une action favorable les uns sur les autres, car alors, par ce simple rapprochement, les malades contribueraient puissamment à leur traitement mutuel en provoquant les uns chez les autres, par le seul fait du caractère spécial de leur maladie ou de leur caractère particulier, des réflexions salutaires.

Le mode d'action général de diverses conditions qui constituent aujourd'hui un asile d'aliénés bien organisé, et dans le détail desquelles nous ne pouvons entrer ici, suffit pour prouver comment des circonstances extérieures qui paraissent purement administratives au premier abord et qui passent même souvent inaperçues parcequ'elles consistent en grande partie dans les mille détails vulgaires de la vie habituelle, peuvent exercer sur les malades une action thérapeutique favorable. Ces moyens ont d'autant plus d'action, qu'ils sont de chaque instant, agissent constamment sur l'esprit du

malade, quoique d'une manière inaperçue, l'entourent comme d'un réseau invisible dans lequel il est cons=
=tamment enfermé, et constituent en réalité un nouveau milieu salutaire au sein duquel il est contraint de penser, de vivre et d'agir. C'est là un résultat bien utile dans une maladie aussi chronique que l'aliénation mentale et dans laquelle, comme dans toutes les maladies chroniques, une action constante et de chaque instant est cent fois préférable, à une action énergique mais temporaire, qui, malgré sa violence, ne peut rien contre la persistance constante d'une maladie.

Nous reconnaissons donc complètement et nous ne craignons pas de proclamer l'action utile des asiles d'aliénés tels qu'ils sont aujourd'hui organisés pour la guérison de ces malades. Mais est-ce là l'idéal de la perfection et doit-on s'imaginer que lorsqu'on a mis de l'ordre dans ces asiles, qu'on y a établi une règle invariable et que l'autorité médicale s'y fait sentir dans tous les rouages, comme cela doit être dans toute bonne administration, on a fait pour le traitement des aliénés tout ce que la science actuelle permet de faire? Faut-il

croire que le traitement général lui-même a reçu toutes les applications principales dont il est susceptible ? Faut-il penser qu'il n'y a pas d'autres conditions à remplir pour se rapprocher d'un traitement sinon plus individuel, du moins, moins général ?

Sans doute, il est possible, et nous venons de le prouver, de baser sur les quelques caractères communs à tous les aliénés, quelques principes généraux de traitement, mais ces principes qui ne s'adressent qu'à un petit nombre de caractères de la maladie, sont-ils suffisants, comme on se l'imagine trop aujourd'hui ?

Régler la vie extérieure des aliénés, les soumettre tous à une règle uniforme, et la même pour tous, c'est faire pour eux, ce que l'on fait pour les enfants dans les collèges, pour les soldats dans les régiments, pour les hommes et les femmes dans les couvents et les communautés religieuses : c'est donner une apparence extérieure commune et convenable, beaucoup plus que modifier le fond, c'est supprimer les manifestations beaucoup plus que la cause intérieure de ces manifestations, c'est monotoniser les hommes et non les transformer, c'est effacer l'in:=dividualité, au profit d'un type extérieur de convention,

mais non la détruire, et souvent, après l'avoir ainsi masquée momentanément, elle reparaît aussitôt que ce niveau commun a cessé de peser sur elle : c'est donc obtenir une modification plus superficielle que profonde, plus apparente que réelle : l'influence existe, elle est même puissante, mais elle est loin d'avoir l'importance qu'on lui accorde : on arrive certainement, par la vie dans un asile d'aliénés, à modifier la conduite, les actes et même jusqu'à un certain point l'état intérieur du malade, mais a-t-on réellement modifié sa personnalité, son état intime, voilà ce qui est souvent douteux : il faut, sous ce rapport, établir deux classes bien distinctes : il est des malades chez lesquels les sentiments ou les idées maladives s'entretiennent tellement par les manifestations que supprimer ces dernières, c'est leur enlever leur principal aliment et partant jusqu'à la vie ; mais il en est d'autres au contraire chez lesquels les tendances et les idées maladives ont par elles-mêmes assez de vivacité pour qu'elles puissent être privées de leur manifestation, sans perdre pour cela leur énergie qu'elles conservent en puissance à l'état

latent. On conçoit dès lors, que chez ces malades, les moyens généraux qui ont pour résultat principal de soumettre les aliénés à des apparences extérieures communes, soient tout à fait insuffisants pour les modifier et qu'il faille chez eux avoir recours à des moyens plus profonds et plus énergiques qui puissent avoir directement prise sur leur personnalité intime et non pas seulement sur leurs manifestations extérieures.

Un autre inconvénient du mode actuel d'action des asiles d'aliénés, c'est d'être appliqué trop uniformément à toutes les espèces d'aliénés et de ne pas tenir assez compte des différences essentielles qui les séparent les uns des autres. Je sais bien que tous les aliénés ont quelques caractères communs sur lesquels on s'est basé comme nous l'avons dit précédemment ; je sais bien encore que l'on a placé dans des conditions extérieures un peu différentes les tranquilles et les agités, mais ce classement a été jusqu'ici tout administratif et aucune idée médicale n'y a présidé. Je veux bien admettre que le traitement individuel n'est pas le seul applicable et que l'on doit chercher ses ressources thérapeutiques principales dans le traitement général et dans les conditions d'organisation de l'asile, mais

encore faut-il que ce traitement, tout général qu'il est, s'applique, non-seulement à tous les aliénés en masse, comme nous l'avons vu précédemment, mais à certaines grandes catégories d'aliénés, sous peine de devenir peu actif et purement hygiénique, par suite de sa vague généralité destinée à embrasser les cas les plus variés et souvent les plus opposés. Eh bien, précisément, sans nier aucunement et en proclamant au contraire les bienfaits des asiles actuels, sous le rapport du traitement général, nous pensons que le moyen d'étendre encore ce bienfait et de faire faire un véritable progrès à la science médicale spéciale serait de ne pas s'arrêter à ces principes généraux, quelqu'utiles qu'ils soient déjà, et de faire un pas de plus en distinguant parmi les aliénés des catégories générales qu'on pourrait placer dans des conditions générales de localités, de bâtiments, d'occupations, de genre de vie et de classement : alors, la construction et l'organisation des asiles d'aliénés, au lieu d'être principalement dirigées par des principes administratifs qui se trouvent avoir en même temps, un certain degré d'efficacité

médicale, seraient uniquement guidé par une pensée de traitement : de là naîtrait naturellement la suppression des grands dortoirs, des grands ateliers, des grandes cours destinées à des espèces de malades très-différentes et qui, sous le prétexte, d'ailleurs excellent du principe de la vie en commun, conduisent à mélanger ensemble les malades les plus différents et semblent plutôt crées en vue des avantages administratifs que par suite d'une pensée médicale : de là naîtrait aussi un véritablement classement médical dans lequel les malades ne seraient plus séparés comme aujourd'hui par une simple idée administrative ou tout au plus hygié=nique qui consiste à séparer les malades qui peuvent se gêner ou se nuire mutuellement, mais seraient rapprochés les uns des autres d'après certains principes de traitement et d'après l'action utile qu'ils pourraient exercer les uns sur les autres. Ce serait alors du véritable traitement mutuel et les malades deviendraient réellement alors les uns pour les autres des moyens généraux d'action qui rentreraient dans le cadre du milieu extérieur constitué par l'asile d'aliénés, milieu qui est réduit aujourd'hui à un rôle beaucoup plus passif : on se borne aujourd'hui à rapprocher les corps afin d'éveiller le sentiment de

sociabilité; tandis qu'alors on rapprocherait réellement les esprits par certains points de contact qui pourraient provoquer chez les malades un favorable retour sur eux-mêmes : la conséquence de ce système de classement serait, naturellement, comme nous venons de le dire, de faire multiplier les petits espaces (dortoirs, salles de réunion et cours), afin d'y réunir séparément un plus petit nombre de malades : ce serait évidemment plus coûteux que les grands espaces actuels, qui sont tout à l'avantage de l'administration et il faudrait aussi augmenter le personnel pour la surveillance (quoique cependant par des dispositions spéciales dans les bâtiments on puisse parvenir à faire surveiller plusieurs espaces par une seule personne), mais ce serait plus utile aux malades et c'est là l'important.

C'est là un des exemples de ce que pourrait une étude plus sérieuse des moyens généraux appliqués à certaines catégories d'aliénés et un exemple de l'influence que ces principes plus nombreux et plus complets pourraient avoir sur la construction et l'organisation future des asiles d'aliénés : mais

nous ne pouvons qu'indiquer ces principes, faire sentir les lacunes de l'état de choses actuel, montrer que, sans être dans une mauvaise voie, il est d'autres directions qui pourraient être plus fructueuses, que le traitement est trop général et pas assez en rapport avec les diverses catégories d'aliénés, que l'on empêche plutôt les manifestations extérieures que l'on ne cherche à combattre l'état intérieur qui persiste souvent malgré la suppression de ces manifestations, et enfin qu'au lieu de rapprocher les malades afin qu'ils exercent les uns sur les autres une action favorable, on se borne à les séparer afin qu'ils ne se nuisent pas les uns aux autres. Sans doute, ce ne sont là que des indications vagues et elles auraient besoin de plus de développements pour qu'on puisse en sentir toute la vérité, et d'études et d'expériences pratiques sur les malades dans un grand asile afin de les compléter et de faire découvrir les moyens de les réaliser et de les mettre en pratique, mais, après avoir fait l'exposé rapide des principes qui dirigent actuellement les médecins d'aliénés et du mode d'action des asiles actuels, je n'ai pas cru inutile d'indiquer, brièvement et seulement à titre d'aperçu, en quoi ces principes me

paraissaient incomplets et susceptibles de progrès et comment il me paraissait possible de perfectionner l'action thérapeutique générale du milieu médical qu'on appelle un asile d'aliénés. Le seul moyen de donner à ces aperçus une réalité pratique consisterait dans des expériences thérapeutiques instituées par les médecins d'aliénés, en rapprochant certains malades les uns des autres, par exemple dans une intention médicale, comme les autres médecins expérimentent empiriquement les moyens physiques. C'est cet empirisme rationnel qui manque encore, comme sanction, le plus souvent à la plupart des moyens moraux employés chez les aliénés, moyens qui souvent semblent beaucoup plus le résultat d'analogies physiologiques, calculées sur les erreurs, les passions, ou les états moraux divers de l'homme sain d'esprit que sur des observations pathologiques et sur des expériences vraiment médicales.





